

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
TRAITEMENT DES MÉTRITES GONOCOCCIQUES

PAR LA

Vaccination Régionale par la "Porte d'Entrée"
(Méthode de POINCLOUX)

Quelques résultats obtenus au Dispensaire de Mogador

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} décembre 1934

PAR

Gilbert ARNAL

Né le 23 juillet 1909, à Montauban (Tarn-et-Garonne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY : { MM. JEANBRAU, professeur président.
LEENHARDT, professeur. }
LAPEYRE, professeur. { Assesseurs.
MOURGUE-MOLINES, agrégé. }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1. RUE DE SAUVAGES, 1

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT
DES METRITES GONOCOCCIQUES
PAR LA VACCINATION REGIONALE
PAR LA PORTE D'ENTRÉE**

(Méthode de POINCELOUX)

*Quelques résultats obtenus au Dispensaire Municipal
de MOGADOR.*

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
	P. DELMAS
Clinique obstétricale	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies mentales et nerveuses	LEENHARDT
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	MARGAROT
Clinique de dermatosyphiligraphie	ETIENNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANBRAU
Clinique des maladies des voies urinaires	LAPEYRE
Clinique gynécologique	VILLARD
Clinique ophtalmologique	TERRACOL
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	CABANNES
Matière médicale (Ch. de c.)	LAMARQUE
Radiologie (Ch. de c.)	

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	N...
Pathologie externe	SOUBESIRAN, ag. libre.
Médecine opératoire	COLL DE CARRERA
Accouchements	GAUSSEL, prof.
Clinique phthisiologique	BOULET
Clinique propédeutique médicale	JANBON
Clinique des maladies contagieuses	

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. JEANBRAU, prof. président.
LEENHARDT, agrégé.

M. LAPEYRE, professeur.
M. MOURGUE-MOULINES, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

G. A.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
MEMBRES DE MON JURY DE THESE

*Avec l'expression de notre plus
vive reconnaissance, pour avoir bien
voulu nous faire l'honneur d'accep-
ter la critique de cette étude.*

G. A.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Charles BOUVERET

*Médecin-Chef de l'Hôpital « Eugène-Etienne »
et de la Région de Mogador*

Pendant les deux ans, que nous avons passés à l'Hôpital de Mogador vous avez été pour nous, bien plus qu'un chef de service, un Maître plein d'indulgence et de bonté, un conseiller, dont nous avons toujours admiré les qualités de cœur et le désintéressement.

Vous nous avez appris à connaître l'indigène, à le comprendre et à l'aimer. Depuis un quart de siècle, vous consacrez votre activité à le soigner; votre bonté et votre dévouement envers lui, vous ont acquis la vénération et l'affection de tous et nul mieux que moi ne saurait comprendre le qualificatif si éloquent de « Roi sans couronne » qui vous fut décerné par le Professeur J.-L. Faure.

Vous avez bien voulu inspirer et diriger ce travail: c'est à vous que nous devons d'avoir pu le mener à bien.

Qu'il nous soit permis de vous en exprimer ici notre très profonde gratitude, toute empreinte de respect et de dévouement.

G. A.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. JEANBRAU

*Professeur de Clinique
des Maladies des Voies Urinaires
à la Faculté de Montpellier*

En témoignage de notre respectueuse gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, à laquelle nous tenions plus particulièrement, puisqu'il fut le maître et l'ami de notre médecin-chef.

G. A.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLOMBANI

*Ex-Directeur du Service de la Santé
et de l'Hygiène Publiques du Maroc*

*Avec l'expression de notre vive
admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUD

*Directeur du Service de la Santé
et de l'Hygiène Publiques du Maroc*

*En témoignage de notre respec-
tueux dévouement.*

G. A.

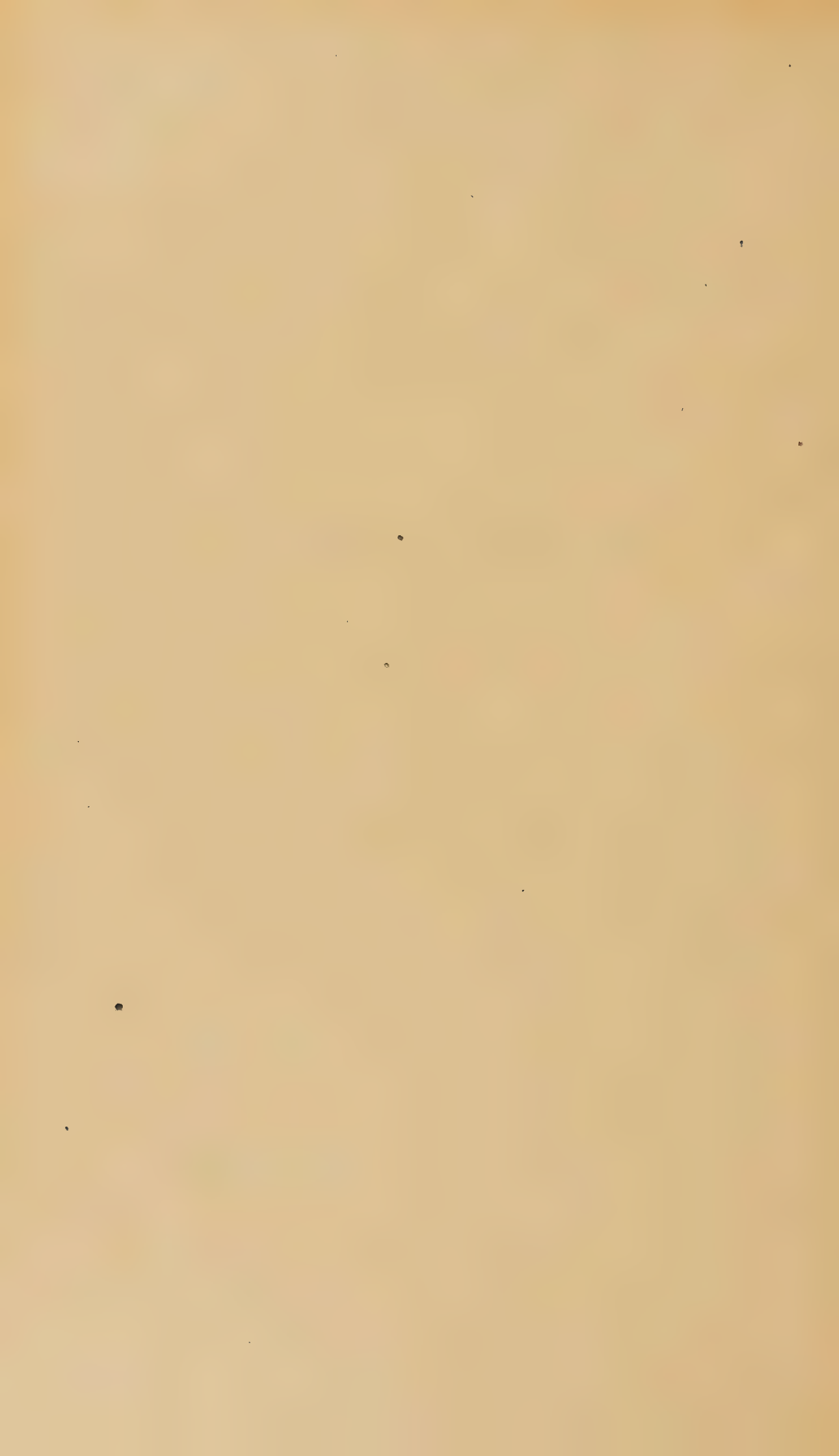
AVANT-PROPOS

« Reconnaissant envers mes Maîtres... »
(Serment d'HIPPOCRATE)

Au moment de terminer ma scolarité, je tiens à exprimer, ici, ma plus profonde gratitude, à tous ceux qui, à la Faculté et dans les Hôpitaux, contribuèrent à ma formation médicale par leur enseignement et la bienveillance qu'ils n'ont jamais cessé de me témoigner : aux Professeurs de la Faculté, à mes conférenciers d'externat et d'internat, à mes Maîtres des Hôpitaux de Montpellier et, en particulier, à ceux dans le service desquels j'ai été externe, à mes Chefs de Service de l'Hôpital de Mogador.

Ils ont toujours été pour moi des maîtres bienveillants dont les conseils et l'encouragement resteront gravés dans ma mémoire.

A mon profond respect pour eux se mêle une vive et sincère reconnaissances qui ne s'altérera point.



**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT
DES METRITES GONOCOCCIQUES
PAR LA VACCINATION REGIONALE
PAR LA PORTE D'ENTRÉE**
(Méthode de POINCLOUX)

*Quelques résultats obtenus au Dispensaire Municipal
de MOGADOR*

INTRODUCTION

Dès la proclamation du Protectorat Français, au Maroc, le premier soin du regretté Maréchal LYAUTEY, auquel ce pays est redevable de son magnifique essor, fut d'organiser, sur un plan original, le service de la Santé et de l'Hygiène Publiques et de combattre avec efficacité les maladies qui décimaient la race.

Sous son énergique impulsion, les Hôpitaux, les Dispensaires, sortirent de terre, comme sous la baguette d'un magicien et les services divers de prophylaxie entrèrent en fonctionnement et ne tardèrent pas à faire apprécier des indigènes leur réelle efficacité.

La prostitution était, à ce moment-là, entièrement libre et fonctionnait sans contrôle. Le premier soin des Municipalités, fut de procéder au recensement des femmes prostituées, de les inscrire sur les registres de police, de les contraindre à habiter un quartier réservé et à passer la visite médicale hebdomadaire.

Quoi qu'on puisse penser de ces mesures de coercition, lorsqu'il s'agit de les appliquer à des européens, il est bien certain qu'il serait illusoire d'attendre des marocaines qu'elles se présentent spontanément à la visite pour y réclamer des soins. Elles sont, sur ce chapitre, d'une insouciance sans borne.

Les maladies vénériennes sont encore, à l'heure actuelle, extrêmement répandues parmi les indigènes du « Moghreb » et les résultats de l'enquête sanitaire que viennent de publier, aux dernières journées médicales de Tunis, MM. les Docteurs COLOMBANI et LEPINAY, démontrent que 65 à 70 % de la population peuvent être considérés comme atteints de syphilis.

S'il s'agit de blennorragie, on peut dire du marocain, totalement ignorant du mode de contagion de cette infection, qu'il attribue... au vent, qu'il contractera cette maladie à une époque quelconque de sa vie : « Il l'a... il l'a eue... ou il l'aura. » Malheureusement, si notre thérapeutique a démontré sa merveilleuse efficacité en matière de syphilis et si la piqure d'arsénobenzol est, aujourd'hui, connue de tous, nos succès en matière de traitement antigonococcique sont beaucoup plus aléatoires.

Aussi, il nous a paru particulièrement intéressant d'appliquer, avec quelques modifications, aux prostituées du dispensaire municipal de Mogador, atteintes de métrite chronique gonococcique, la méthode de « vaccination régionale par la porte d'entrée, selon la méthode de POINCLoux ».

Ce faisant, nous poursuivions un double but :

a) But prophylactique : Le traitement de la métrite blennorragique par les procédés habituels étant long, souvent inefficace et non exempt de danger

(réactions salpingiennes imprévues après emploi du Néo-Filhos).

b) But économique : Les femmes, en traitement, devant séjourner souvent plusieurs mois au dispensaire, occasionnant de ce fait, de gros frais à la Municipalité pour un résultat souvent peu brillant.

Pour ces raisons, nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de choisir pour sujet de notre thèse inaugurale cette question relativement récente (elle ne date que de 1926) du traitement des métrites blennorragiques par la « vaccination régionale par la porte d'entrée » et de publier quelques-uns des résultats encourageants, obtenus par nous, chez les prostituées du dispensaire de Mogador.

*
**

Les publications sur cette question très spéciale et d'actualité sont nombreuses et éparses.

Nous avons, malgré notre éloignement d'un centre scientifique, pu réunir une bibliographie à peu près complète, grâce à l'obligeance de notre libraire, M. ARNETTE, que nous tenons à remercier ici.

HISTORIQUE ET DEFINITION DE LA METHODE

Les premiers essais de thérapeutique vaccinale curative remontent à 1902.

Ils sont dus à WRIGHT qui, le premier, eut l'idée d'injecter à l'homme une émulsion de microbes, prélevés sur le malade lui-même, ensemencés et cultivés sur gélose, émulsionnés dans l'eau distillée et stérilisée par la chaleur (auto-vaccin).

Depuis, cette méthode de traitement fut appliquée avec des résultats plus ou moins heureux, à la plupart des maladies et elle jouit, à l'heure actuelle, d'une vogue considérable.

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à se rendre compte du nombre vraiment impressionnant de « firmes commerciales pharmaceutiques » offrant aux médecins des « stocks vaccin » généralement préparés avec le plus grand soin.

A l'heure actuelle, on peut résumer les diverses méthodes vaccinales ainsi qu'il suit :

1° *Vaccination générale par voie hypodermique*, consistant, comme PASTEUR l'avait fait avec un plein succès, à injecter sous la peau une émulsion microbienne déterminée et variant avec la maladie en cours.

Cette inoculation détermine diverses réactions, rarement intenses, soit générales, soit locales.

Les résultats thérapeutiques sont des plus inconstants et, fait à retenir, ne semblent vraiment intéressants à noter que dans le cas où l'infection est due à un microbe pathogène des téguments.

2° *Vaccination locale* (Méthode de BESREDKA). — Celle-ci « s'efforce de porter le vaccin au contact même des lésions ; elle offre le vaccin spécifique au tissu même qui a été capable de laisser germer le microbe et d'engendrer la maladie vraie » (1).

• En pratique, elle consiste en « l'application en surface des foyers contaminés, de bouillons vaccins spéciaux, qu'il est facile de se procurer dans le commerce où la substance vaccinante est préformée et soluble ».

3° *Vaccination par la « porte d'entrée »* (Méthode de BASSET et POINCLOUX). — Elle date de l'année 1926 et repose sur l'idée suivante, particulièrement originale que « si un microbe infectant a gagné le tissu infecté par une autre voie que la voie sanguine, la partie de l'organisme ayant le point d'effraction comme sommet et le tissu malade comme base, forme une « région » pathologique et que c'est dans cette « région » qu'il faut faire porter l'effort vaccinal. C'est aux cellules dont la résistance s'est laissée vaincre par le microbe (porte d'entrée) qu'il faut offrir le vaccin : l'expérience prouve qu'en procédant ainsi la réponse organique est la plus vigoureuse et maxima l'immunité obtenue ; tout se passe comme si, en

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1930. Vaccination régionale par le Docteur BLANCHIER.

outre de la défense par anticorps (comme l'organisme la vaccination générale sous-cutanée en un point quelconque), en outre de la défense par exaltation de résistance des cellules infectées, touchées par un vaccin qu'on porte à leur contact (vaccination locale) il y avait un troisième moyen pour l'organisme de renforcer l'état réfractaire de ses tissus et comme si ce troisième moyen, plus puissant que les deux premiers, était surtout d'ordre « nerveux ». Mettant en jeu une variation-réflexe du « potentiel immunitaire » qui aurait comme point de départ les cellules où les germes pathogènes ont envahi l'organisme et comme point d'arrivée le tissu infecté : le mamelon et la glande mammaire, les glandes périurétrales et le col utérin, la fosse naviculaire et l'urètre postérieure (1).

La méthode consiste donc « à insérer dans un tissu sensible (qui a servi ou aurait pu servir à l'introduction des microbes pathogènes) un bon vaccin ordinaire, simple émulsion de l'infection à combattre. A peine opérants quand on les offre à l'hypoderme qui n'est pas une voie de pénétration naturelle pour les microbes, de tels vaccins deviennent très actifs quand on les injecte par la « porte d'entrée » (2).

(1) *Gynécologie et Obstétrique*, année 1928, n° 4. BASSET et POINCLOUX.

(2) *Hôpital*, n° 356, avril 1934 (POINCLOUX).

MODE D'ACTION DE LA METHODE

BOURLAKOFF, professeur à l'Ecole de Médecine de Karkow, avait entrepris, dès l'année 1925, des recherches vaccinales curatives intéressantes, dans un sens voisin de celui que nous étudions.

Il avait mis au point une technique de traitement des abcès et lymphangite du sein, consistant à injecter dans le mamelon, des doses progressives de vaccin spécifique antistaphylococcique (de 1/4 à 1 cmc), qui lui donna un plein succès.

POINCLoux, dans le *Bulletin de la Société de Biologie* (n° 23 du 6 juillet 1928) rapporte diverses observations d'application, aux affections gynécologiques, de la méthode de vaccination régionale par « la porte d'entrée », et, notamment, son observation princeps datant du 1^{er} mars 1927.

Elles sont choisies parmi les plus typiques et font parfaitement ressortir, en même temps que la valeur du procédé la différence fondamentale qui le sépare de la méthode de vaccination par voie sous-cutanée.

Il nous paraît indispensable de les reproduire ici « in extenso ».

« 1° Mme PAILL..., 28 ans, atteinte de métrite cervico-cale gonococcique et consultant pour une bartho-

» linite droite aiguë. Evacuation du pus par ponction.
» Injection de vaccin antigonococcique dans les pa-
» rois glandulaires autour de l'orifice excréteur. Réac-
» tion violente et brève. Deux jours plus tard, la
» bartholinite est presque guérie ; même traite-
» ment, cinq jours après, la bartholinite est termi-
» née, mais, fait capital, la métrite est beaucoup
» améliorée : plus d'ectropion muqueux ; plus de
» glaires vertes, plus de gonocoques. La guérison
» était maintenue six mois plus tard. »

« 2° Mme BON... Métrite intense (perte obligeant à
» une garniture permanente) cliniquement et bacté-
» riologiquement colibacillaire. Quatre injections de
» 1 à 2 cmc. de vaccin anticolibacillaire furent pra-
» tiquées en 14 jours dans la muqueuse ano-rectale
» (avec l'anuscopie de BENSAUDE). Diminution im-
» portante des pertes dès après la première injec-
» tion. Guérison totale (vérifiée quatre mois plus
» tard) après la quatrième piqûre. Réaction violente
» la première et la deuxième fois, légère la troisiè-
» me, nulle la dernière. »

« 3° Mme MACH..., 25 ans. Métrite gonococcique
» chronique. Preuve clinique de l'infection : urétrite
» chronique gonococcique du mari. Les glaires con-
» tiennent seulement B. Coli et des Entérocoques.
» L'expérimentation va prouver que le gonocoque,
» non visible dans les glaires, est cependant le micro-
» be pathogène. Les injections de 0.5 cmc. de vaccin
» monomicrobien staphylococcique et colibacillaire
» n'ont provoqué aucune réaction chez cette malade,
» qu'elles aient été faites dans les glandes vulvaires
» ou dans le col utérin. Au contraire, les injections
» de vaccin gonococcique ont déterminé, aux mêmes
» doses, des réponses organiques vives, aussi bien

» dans le col que dans la vulve. Guérison parfaite
» en deux mois. »

« 4° Mme PER..., 27 ans. Métrite chronique ancien-
» ne, initialement gonococcique, surinfectée par le
» B. coli. Examen des glaires : Staphylocoque et B.
» coli. Chez cette malade, les trois vaccins employés
» se comportent, à la dose de 0,5 cmc. de la façon
» suivante : (O : indique une réaction nulle, ++++ :
» une réaction très intense) :

	Gonocoque	B. coli	Staphylo- coque
Injection sous la peau	O	O	+++
» dans le col..	+++	O	O
» dans la vulve	++	++	O

» Remarquer l'action du B. coli, exclusivement en
» injection dans la vulve, laquelle souillée par l'urine
» souvent chargée de colibacilles, a pu servir de por-
» te d'entrée à ce germe. Le vaccin staphylococcique,
» microbe qui infecte souvent l'épiderme, n'a pro-
» voqué la réponse organique que lorsqu'il a été in-
» troduit par la peau. Guérison en 6 semaines après
» 15 injections de ces trois vaccins. Seules, les injec-
» tions de B. coli dans la vulve et de gonocoque, dans
» le col et la vulve, nous paraissent avoir été utiles
» en ce cas. »

« 5° Mme MA..., 26 ans. Métrite ancienne gonococ-
» cique, aggravée par une grossesse et devenue inten-
» se, du fait de surinfection colibacillaire, depuis
» l'accouchement, remontant à 2 mois.

	Gonocoque	B. coli	Staphylo- coque
Injection sous la peau	O	O	++
» dans le col..	++++	+++	O

» Grosse amélioration après ces six piqûres dont
» deux seulement semblent thérapeutiques. »

« 6° Mlle Ric..., 29 ans. Métrite hémorragique, du-
» rant depuis un an, avec réaction salpingienne gau-
» che. Traitée d'abord par injections intra-utérines
» de chlorure de zinc. La seconde injection ayant
» provoqué de la périmétrite et de la salpingite gau-
» che, nous soumettons la malade à nos injections
» de vaccin.

Gonocoque B. coli Staphilo-
coque

Injection dans le col..	O	O	O	O
» dans la vulve	++++	O	O	O

» Les pertes sont arrêtées rapidement. L'ulcération
» de 3 cm. de diamètre au début est cicatrisée com-
» plètement en 6 semaines. Guérison. »

Dès lors une hypothèse séduisante s'imposa à l'es-
prit de l'auteur, à savoir qu'il était possible d'obtenir
l'immunisation rapide et curative d'un organe avec
un succès, sinon certain, du moins fréquent, en injec-
tant un vaccin spécifique dans un autre organe ayant
servi de porte d'entrée au microbe pathogène.

Cette injection détermine, dans l'organisme infec-
té, une réaction post-vaccinale spécifique qui se ma-
nifeste après une « période d'incubation » assez
courte (40 minutes environ). Elle est suivie d'une
« période d'état » avec fièvre élevée (39 à 40°), durant
6 à 7 heures. Elle se termine enfin par une « défer-
vescence » rapide, en quelques heures, et retour à la
normale.

Ces réactions, contrairement à ce qu'on pourrait
penser, ne se manifestent pas avec le plus de vio-
lence après les premières injections, mais c'est sou-
vent à la troisième ou à la quatrième inoculation

que la réaction la plus vive est enregistrée. Généralement, elles vont ensuite en décroissant, tendant vers zéro.

Il convient également de noter que certaines améliorations indiscutables sont obtenues sans qu'aucun phénomène fébrile ait été constaté.

Ces réactions « athermiques » sont signalées par tous ceux qui ont expérimenté d'une façon suivie la méthode et l'intérêt de nos observations personnelles, publiées plus loin, consiste justement dans ce fait que certaines guérisons ont été obtenues dans une apyréxie complète.

POINCLOUX, du reste, reconnaît lui-même que de bons effets thérapeutiques peuvent suivre ces réactions « athermiques » comme les plus fébriles.

A. CRAICIANU et P. PAVELESCU, qui ont publié dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* de Janvier 1931 (N° 1) une étude très documentée, sur la méthode de BASSET et POINCLOUX, qu'ils ont appliquée dans la clinique gynécologique du Professeur C. DANIEL, de Bucarest, concluent « qu'il n'y a » pas un étroit parallélisme entre la réaction produite par la vaccination et l'amélioration des symptômes normaux. » Ils ont observé « avec de petites réactions, des améliorations très nettes. »

Toutes les fois où il est nécessaire d'apprécier une réaction organique vaccinale, comme tant d'autres du reste, nous sommes réduits aux hypothèses, car une foule de facteurs sont encore mal connus de nous (phénomènes colloïdologiques, par exemple), ou bien sont encore ignorés de nous et échappent à notre observation.

« A mon sens, il n'y a pas, dit POINCLOUX (*Bulletin de l'Académie de Médecine* n° 15, 23 Avril 1929),
» une immunisation locale, une immunisation sous-cutanée, une immunisation par ma méthode, il n'y en a qu'une : celle qui est capable de prendre naissance dans certains tissus, toujours les mêmes, les tissus perméables à l'infection, les tissus sensibles. Quand la vaccination est faite sous la peau, c'est la dilution humorale de vaccin qui, parvenant au tissu sensible, y organise, mais de façon insuffisante, la réaction. Quand au mécanisme intime de l'immunité, il est encore inconnu. Quoi qu'il en soit, il n'est pas déraisonnable d'espérer que l'immunité pourrait prendre naissance, à l'égard de beaucoup de maladies contre lesquelles nous ne savons pas encore créer l'état réfractaire, en vaccinant préventivement par la porte d'entrée. »

Quoi qu'il en soit, nous pouvons résumer les caractéristiques du mode d'action de la méthode ainsi qu'il suit :

1° Il est nécessaire et indispensable, pour obtenir une réponse organique vaccinale susceptible d'être curative, d'injecter un vaccin rigoureusement spécifique et monomicrobien.

2° En cas d'infection polymicrobienne, il faut injecter successivement les vaccins correspondants aux divers microbes pathogènes.

3° Cette injection doit être pratiquée dans les tissus mêmes qui ont servi de porte d'entrée (glandes de SKENE ou col utérin si le gonocoque est en jeu ; muqueuse anorectale s'il s'agit du colibacille ; muqueuse

se urétrale dans l'arthrite blennorragique chez l'homme).

4° Une injection sous-cutanée de ces mêmes vaccins reste sans effet suffisant pour obtenir une guérison.

5° La réaction post-vaccinale serait à ce point spécifique qu'elle pourrait servir de véritable « test » et « signerait en quelque sorte l'exactitude du diagnostic étiologique » (D^r BLANCHIER).

*
**

OBJECTIONS FAITES A LA METHODE

Comme toute méthode nouvelle, le procédé de la vaccination régionale par la porte d'entrée, tout d'abord, passé par un stade d'engouement, dû aux espoirs qu'elle suscitait ; elle fut ensuite critiquée violemment, au point que certains auteurs lui déniaient tout action curative spécifique.

Dans la « *Presse Médicale* » du 27 Juillet 1932, n° 63, L. DELREZ et G. LAMBERT rapportent les résultats obtenus par eux à la clinique chirurgicale de l'Université de Liège et tendent à répondre à ces deux questions qui préoccupent tous ceux qui pratiquent la vaccination régionale par la porte d'entrée :

1° L'introduction du vaccin, par cette voie, a-t-elle une importance décisive ?

2° La vaccination a-t-elle un caractère de spécificité absolue ?

« La réponse à ces deux questions, disent-ils, prend » de l'importance au point de vue doctrinal et au » point de vue pratique. Si la réponse était affirmative, on pourrait entrevoir la possibilité d'appliquer la méthode de BASSET et POINCELOUX à bon nombre d'infections où la vaccination thérapeuti-

» que n'a eu, jusqu'à présent, qu'une valeur des plus
» discutable. L'expérimentation seule permettra de
» résoudre le problème de principe ; comme dans
» une expérience de laboratoire, il faut faire usage
» de témoins. »

I. — IMPORTANCE DE LA PORTE D'ENTRÉE COMME POINT D'INOCULATION DU VACCIN

Chez des sujets atteints d'affections gonococciques, nous avons introduit le vaccin par différentes voies, autres que les glandes de SKENE.

a) « Inoculation sous-cutanée ; elle ne provoque
» ni réaction locale, ni réaction générale. Son action
» thérapeutique est nulle. »

b) « Inoculation intra-dermique : elle provoque
» une réaction locale (tuméfaction douloureuse) mais
» pas de réaction générale. »

c) « Inoculation dans le derme de la muqueuse
» buccale. Très richement vascularisée, la muqueuse
» buccale offre, à première vue, des conditions cir-
» culatoires comparables à celles des glandes de
» SKENE. L'inoculation dans le chorion de la muqueu-
» se de 0 cmc. 25 de vaccin antigonococcique, est
» suivie d'une réaction locale assez vive sans réac-
» tion générale, ni effet thérapeutique. »

d) « Inoculation conjonctivale ; la conjonctive, ré-
» ceptive pour le gonocoque, pouvait peut-être ser-
» vir utilement de point d'inoculation. L'instillation
» dans le sac conjonctival de 0 cmc. 25 de vaccin
» gonococcique laisse la conjonctive totalement in-

» différente. L'inoculation sous-conjonctivale d'une
» même dose de vaccin produit un œdème volumi-
» neux de la paupière qui déborde sur la joue mais
» n'entraîne ni réaction générale, ni effet thérapeu-
» tique. »

e) « Inoculation articulaire ; la synoviale articu-
» laire est, elle aussi, réceptive pour le gonocoque.
» L'inoculation de 0 cmc. 25 de vaccin gonococcique
» dans la paroi articulaire, au voisinage de la syno-
» viale, a produit chez un sujet atteint d'arthrite
» blennorragique une réaction générale et locale sem-
» blable à celle que produit l'injection sous la mu-
» queuse urétrale. »

f) « Inoculation dans le sang : L'inoculation intra-
» veineuse, au contraire, détermine régulièrement,
» avec la même intensité, les mêmes phénomènes
» réactionnels que produit l'injection dans les glan-
» des de SKENE. L'effet thérapeutique est équivalent
» pour les deux méthodes. »

« A trois malades, nous avons ainsi injecté le vac-
» cin gonococcique à dose progressivement croissan-
» te, alternativement dans les glandes de SKENE et
» dans les veines. Trois autres patientes ont subi la
» cure vaccinale exclusivement par voie endo-veineu-
» se. Toutes ont réagi d'une façon identique aux dif-
» férentes inoculations de vaccin (shock avec fris-
» sons violents, débutant trente à quarante minutes
» après l'injection et prolongé vingt à quarante mi-
» nutes ; réaction thermique intense : 40° et au-
» delà) ; elles ont retiré du traitement le plus grand
» bénéfice.

« L'identité d'action de l'inoculation intra-veineuse
» et de l'inoculation dans les glandes de SKENE se
» trouve d'ailleurs chez des sujets indemnes de tou-

» te affection gonococcique. Déjà, chez une jeune
» femme de 23 ans, atteinte d'annexite bilatérale
» suppurée à stréptocoque, nous avons observé, après
» une série de six injections de vaccin gonococcique
» dans les glandes de SKENE, injections suivies de
» réactions vaccinales typiques, une diminution de
» un tiers du volume des masses annexielles, en
» même temps que se calmaient les phénomènes dou-
» loureux. L'intervention chirurgicale pratiquée à ce
» moment nous permit d'établir la nature streptococ-
» cique du microbe en cause. A vrai dire on pourrait
» objecter que l'infection annexielle streptococcique
» n'est que surajoutée à une annexite gonococcique.
» Convaincus de l'innocuité des injections de vaccin
» gonococcique, nous n'avons pas hésité à tenter, à
» titre de contrôle, quelques essais chez des sujets
» ne présentant rien d'une affection annexielle blen-
» noragique.

» Une injection intra-veineuse, au pli du coude,
» de 0 cmc. 25 de vaccin gonococcique, chez une jeu-
» ne femme de 25 ans, atteinte d'une fracture des
» deux os de la jambe produit une réaction vaccinale
» classique avec frissons, température 40°4, herpès
» labial, vomissements. La même expérience est re-
» nouvelée avec succès sur une femme de 56 ans,
» admise pour fracture de Dupuytren ; sur une ma-
» lade de 30 ans, souffrant de stase colique. Chez au-
» cune de ces malades on ne relevait d'anamnèse
» utéro-annexielle pathologique. L'examen de la
» sphère génitale restait absolument négatif.

» A deux vierges hospitalisées, l'une de 18 ans
» pour arthrite bacillaire de l'épaule pour laquelle
» elle venait de subir une résection de la tête humé-
» rale, l'autre de 16 ans 1/2 pour broiement du pied,

» nous avons injecté séparément 0 cmc. 25 de vaccin gonococcique dans les glandes de SKENE et dans une veine du pli du coude. Chaque fois, nous avons obtenu la réaction vaccinale avec frissons, élévation thermique 40°, herpès labial, vomissements.

» Nous croyons pouvoir admettre que l'injection de vaccin gonococcique détermine, en dehors de toute infection blennorragique, des réactions de même nature et de même intensité que chez des sujets atteints d'annexite gonococcique. Nous sommes ainsi amené à la deuxième question : celle de la spécificité. »

II. — LA VACCINATION GONOCOCCIQUE PAR LA PORTE D'ENTRÉE A-T-ELLE LE CARACTÈRE DE SPÉCIFICITÉ ?

L'effet pyrétogène d'une inoculation de vaccin intra-veineuse ou à la porte d'entrée est identique ; il existe ou non une affection gonococcique en activité. On peut, dès lors, se demander si l'effet thérapeutique utile est dû à l'action « shock » ou à une action spécifique du vaccin.

La valeur spécifique du gonovaccin peut être admise si les deux conditions suivantes sont remplies :

a) l'effet thérapeutique du gonovaccin ne peut être obtenu par aucun autre agent ;

b) la vaccinothérapie antigonococcique confère au vacciné l'immunité antigonococcique.

« La vérification de la seconde condition n'est pas possible expérimentalement parce qu'il nous est interdit d'infecter par le gonocoque un sujet sain, même quand il a reçu du gonovaccin dans la veine. A défaut de ce contrôle décisif, nous pouvons évo-

» quer contre la spécificité du traitement le fait de
» la récidence d'accidents annexiels chez des femmes
» qui, quelques mois auparavant, ont été traitées
» avec succès par l'injection de gonovaccin.

» Le contrôle de la première condition (efficacité
» thérapeutique du gonovaccin à l'exclusion de toute
» autre substance), est réalisable même en clinique.

» Déjà, la protéinothérapie, notamment par le lait
» et le propidon, a enregistré des succès nombreux
» dans les annexites blennorragiques.

» Nous avons expérimenté quelques vaccins : gonococcique Bruschettini, gonoyatrène, staphylococcique de l'Institut Pasteur, colibacillaire (colitique Astier), enfin le bouillon de DELBET. Le vaccin gonococcique Bruschettini, injecté dans les veines et dans les glandes de SKENE, est resté sans action. Le gonoyatrène en injection intra-veineuse détermine communément une élévation thermique mais très irrégulièrement un shock initial important. Injecté à la porte d'entrée, il reste sans effet.

» Le vaccin staphylococcique et le colivaccin ne nous ont pas donné de résultats : pas de shock, pas d'hyperthermie, pas d'effet thérapeutique à la dose de 2 cmc. dans la veine ; le vaccin staphylococcique ne produit qu'une élévation thermique jusqu'à 38° environ, sans frisson et sans effet thérapeutique. Il est possible, d'ailleurs, que le vaccin préparé par d'autres méthodes produirait des effets différents. Au contraire, le bouillon de DELBET, injecté à la dose de 0 cmc. 2 dans la veine ou dans les glandes de SKENE, reproduit chaque fois une réaction vaccinale comparable à celle de l'injection de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur

» dans les veines ou dans les glandes de SKENE :
» shock initial intense 30 à 40 minutes après l'inoculation, avec frisson généralisé et prolongé 30 à 40 minutes, réaction thermique importante 40°, mais moins prolongé ; retour de la température à la normale en l'espace de 6 à 7 h. ; elle nous a donné, par ailleurs, des résultats thérapeutiques identiques. Trois de nos malades ont été traités de la sorte avec plein succès. Pour ne pas élargir le cadre des conditions expérimentales où nous nous sommes placés, nous ne faisons pas état des résultats des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de propidon, traitement des annexites couramment utilisé en France (LEVEUF) ».

Les auteurs concluent ainsi : « Les constatations que nous venons d'exposer démontrent que les effets de la vaccination antigonococcique par la « porte d'entrée » peuvent être obtenus en injectant le vaccin par voie veineuse et en injectant une substance totalement étrangère au vaccin gonococcique, le « propidon de DELBET ». Il en résulte que ni « la porte d'entrée », ni le vaccin lui-même, n'ont le caractère de spécificité. Dès lors, le terme de vaccination lui-même est inadéquat. L'action de l'inoculation du gonovaccin suivant la méthode de BASSET et POINCLOUX doit être rangée dans le cadre de la thérapeutique dite « par shock ».

» Ces considérations n'enlèvent d'ailleurs rien au mérite de BASSET et POINCLOUX, ni à la valeur de la thérapeutique qu'ils ont préconisée. A notre avis, celle-ci représente, à l'heure actuelle, le traitement de loin le plus simple et le plus efficace des annexites gonococciques. Nous estimons cependant que l'injection intra-veineuse est plus sim-

» ple, et, croyons-nous, plus rapidement efficace encore que l'injection par la « porte d'entrée ».

M. le Dr DOUAY, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris et assistant de M. le Professeur Jean-Louis FAURE, a bien voulu nous faire connaître son opinion sur la question et nous autoriser à publier sa réponse ; nous l'en remercions vivement.

« Voici, dit DOUAY, ce que je pense de la méthode de POINCLOUX, de la vaccination par « la porte d'entrée » :

» La méthode a été expérimentée à l'hôpital BROCA, POINCLOUX lui-même est venu faire les premières injections, soit : vaccin antigono I. O. D. en piqûre dans le plancher de l'urètre, 1/4 à 1/2 cmc. en plusieurs piqûres. J'ai été fort étonné d'observer, une fois sur deux environ, des réactions générales considérables et immédiates, frisson même parfois. Alors l'amélioration observée sur la salpingite était manifeste. Au contraire, dans les cas sans réaction, l'amélioration ne se produisait pas. POINCLOUX interprétait ces faits de la façon suivante : dans les cas avec réaction, le gonocoque a pénétré par l'urètre ; dans les cas sans réaction, le gonocoque a pénétré par une autre voie qu'il s'agit de trouver. Cette explication ne me satisfait pas, car quand du gonocoque est déposé dans les voies génitales, c'est habituellement au cours d'un coït et ce n'est pas spécialement dans l'urètre qu'il est déposé.

» L'explication que je crois exacte, la voici : dans les cas avec fortes réactions, l'aiguille a déposé le vaccin dans le tissu très vasculaire et presque caverneux de l'urètre, c'est donc une vaccination intraveineuse qui a été faite, sans le vouloir... d'où

» la réaction immédiate généralisée... et aussi l'effet
» heureux produit par ce procédé « shock ».

» Le professeur PAGEOT, de Bordeaux, a fait la
» même hypothèse, mais évidemment ce n'est qu'une
» hypothèse, mais combien satisfaisante :

» Depuis, la méthode POINCLOUX a été abandonnée
» dans le service comme trop brutale et trop in-
» constante. »

Une autre objection, mais celle-ci d'ordre secon-
daire, a encore été faite à la méthode, c'est la « dif-
» ficulté de son application dans la clientèle parti-
» culière ; elle resterait uniquement une méthode
» de clinique » (*Revue Française de Gynécologie et*
Obstétrique, Janvier 1931, A. CRAISCIANU et P. PAVE-
LESCOU).

*
**

REPONSE A CES DIVERSES OBJECTIONS

1° Est-ce à un « shock » qu'est due l'efficacité de
la méthode ?

a) Nous ne le pensons pas, malgré l'opinion de
voix si autorisées, si l'injection a été pratiquée cor-
rectement, selon la technique rigoureuse exposée par
POINCLOUX et que nous verrons plus loin.

Il ne saurait s'agir d'une injection intra-veineuse...
inconsciente, puisque l'injection, pour être correcte,
doit laisser apparaître une « boulette d'œdème »

sous-muqueuse, analogue à celle qui se produit lors d'une injection intra-dermique ou d'une injection intra-veineuse « ratée ».

b) La thérapeutique par « shock » a été expérimentée par nous, dans un certain nombre de cas (injection intra-veineuse de 0,02 de propidon). Les observations que nous rapportons démontrent que les résultats obtenus par nous n'ont pas été encourageants.

c) S'il s'agissait d'un « shock », comment expliquer les résultats thérapeutiques probants enregistrés par plusieurs auteurs et par nous-mêmes avec des réactions faibles et parfois nulles ?

2° Le procédé reste-t-il uniquement une « méthode de clinique » ?

Nous ne le pensons pas et nous sommes bien certains qu'en dépit des réactions thermiques violentes qu'elle suscite la vaccination régionale par la porte d'entrée sera acceptée des malades en clientèle, lorsque, confiantes dans leur médecin, elles auront reçu l'assurance qu'elles ne courent aucun danger et que... la guérison est au bout.

Une femme atteinte de périmétrite avec réaction salpingienne grave, mise au courant d'une part des complications redoutables qui la menacent et, d'autre part, des « magnifiques résultats » obtenus par la méthode de POINCELOUX hésitera-t-elle à l'accepter ?

La réaction n'est pas plus violente que celle provoquée par le « Dmelcos », dans le traitement du chancre mou et, cependant, cette médication est bien aujourd'hui acceptée et même réclamée par la clientèle. Pour nous, nous demeurons convaincus à la fois de la spécificité et de l'efficacité de la méthode POIN-

CLOUX et pensons qu'elle mérite d'être conservée et développée.

*
**

INCIDENTS OBSERVÉS

En dehors de la réaction thermique vaccinale, dont nous avons esquissé le tableau plus haut, les auteurs n'indiquent comme incidents notables que des modifications dans le rythme des règles, celles-ci étant parfois rapprochées les unes des autres et leur abondance étant accrue, mais ce ne sont là que des phénomènes passagers ; « en fin de compte, les troubles dysménorrhéiques, quand ils existent, sont heureusement influencés. » (POINCLOUX).

Nous avons constaté, chez certaines de nos malades, surtout chez celles ayant reçu une injection vaccinale intracervicale, certaines douleurs pelviennes, au demeurant assez éphémères et de peu d'intensité.

*
**

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

L'application de la méthode POINCELOUX ne fait courir à la malade aucun danger et, en dépit des réactions violentes qu'elle suscite, dont ne doivent s'alarmer ni le médecin instruit, ni l'entourage de la malade prévenu à l'avance. Elle trouve ces indications électives dans le traitement :

1° des infections du tractus génital d'origine gonococcique et colibacillaire (Bartholinites, vaginites, métrites périmétrites salpingites).

2° des arthrites blennoragiques.

3° des infections urinaires de même nature.

Il existe, cependant, certaines contre-indications dont il importe de tenir compte ; c'est ainsi que les cardiaques, les tuberculeux pulmonaires, les néphrétiques ne seront pas soumis aux réactions violentes déclenchées par les injections vaccinales.

L'état de grossesse ne semble pas être un empêchement à l'application de la méthode qui peut trouver l'une de ces indications les plus intéressantes dans le traitement de la pyélonéphrite gravidique d'origine colibacillaire, généralement si rebelle, même lorsqu'on utilise les injections de sérum anticolibacillaire de VINCENT.

REGLES GENERALES D'APPLICATION DE LA METHODE

Bien que nous n'ayons en vue, dans ce travail, que le traitement spécial des métrites gonococciques, nous devons, après avoir défini les principes fondamentaux de la méthode, spécifier quelles sont les règles de son application, d'une façon générale.

Celles-ci découlent du reste, tout naturellement, des bases mêmes que nous venons d'exposer. Elles ont été précisées avec soin par POINCLoux dans le « *Paris-Médical* » du 20 décembre 1930 (N° 51), où il indique exactement « la conduite à tenir pour vacciner en gynécologie. »

Nous reproduisons ici les parties fondamentales de cette étude :

« I. — IL FAUT TOUT D'ABORD PRÉCISER L'ÉTIOLOGIE DE LA LÉSION INFECTIEUSE A SOIGNER

A) *Diagnostic étiologique par l'enquête clinique*

» A elle seule, elle conduit presque toujours au but visé.

» a) On dépistera l'infection gonococcique en cause dans 80 % des cas, en s'informant du mode de début

des troubles dans l'appareil génital. La coïncidence de leur origine et du mariage, ou d'un changement de partenaire sexuel, ou de la reprise des rapports après un accouchement (le mari s'exposant parfois à la contagion à ce moment-là) ; l'existence éloquente, quoique éphémère, d'une dysurie plus ou moins discrète au début des accidents ou à un moment de leur évolution ; la couleur plus ou moins verdâtre des pertes qu'il importe de faire bien préciser, car, pour la plupart des femmes les pertes, dès l'instant où elles ne sont pas sanglantes, sont des « pertes blanches ».

» Tous ces signes, même isolés, accusent le gonocoque. Je m'en voudrais d'insister sur les signes objectifs qui, au moment où la femme consulte, peuvent orienter le diagnostic étiologique ; je signalerai seulement l'augmentation de volume et la déformation de la moitié inférieure de la papille urétrale, qui sont la règle chez les femmes plus ou moins anciennement infectées par le gonocoque. Cette modification morphologique accusatrice, très nette pour celui qui a pris habitude de la rechercher, semble correspondre à l'hyperplasie des glandes de SKENE qui sont situées dans le plancher (paroi inférieure) de l'urètre féminin et s'ouvrent dans ce canal, près du méat, de part et d'autre de la ligne médiane.

» d) L'infection par le colibacille (39 % des cas), sera envisagée ensuite, que soit déjà ou non incriminé le diplocoque de NEISSER, la collaboration de ces germes (19,5 % des cas chez 230 malades) étant fréquente.

» Il s'agit parfois d'une femme qui, avant le premier coït, avait déjà des pertes blanches translucides, laiteuses crèmeuses, ou ressemblant à du lait

caillé. Cette femme est, en tout cas, une constipée ou une diarrhéique ; quelque point de ses côlons décèle sa souffrance au palper abdominal. Si cette femme est enceinte, elle a souvent eu des ennuis pendant la grossesse : constipation plus opiniâtre, désordres digestifs, troubles urinaires, augmentation ou apparition de pertes réellement blanches ou jaunâtres, malodorantes ou non. En outre, la malade aura souvent remarqué que les périodes où son intestin fonctionne le plus mal sont aussi celles où elle perd le plus, où elle souffre davantage dans son pelvis.

» c) L'infection staphylococcique enfin, quoique bien plus rare (4,7 % des cas), si l'on en croit ce que j'ai moi-même trouvé, pourra être soupçonnée, surtout quand les précédentes étiologies auront été écartées. L'infection staphylococcique se rencontre, m'a-t-il semblé; surtout chez la femme ayant subi des manœuvres abortives.

» B) *Diagnostic étiologique avec l'aide du laboratoire*

» J'ai déjà écrit plusieurs fois que les indications fournies par le laboratoire en appoint au diagnostic étiologique étaient de second ordre. Je continue à penser que la clinique doit conserver la préséance à cet égard. Cependant, maintenant que j'en ai vu un grand nombre, les frottis de glaires, accessoirement leurs cultures, me paraissent capables, notamment par leur aspect général au microscope, d'aider le médecin quand il hésite. Mais ce dernier doit fouiller les possibilités étiologiques avant de consulter le laboratoire ; il ne faut pas oublier qu'en soi l'absence du gonocoque dans une glaire ou la présence de quelques colibacilles ne signifie rien contre l'étiologie gonococcique ou pour l'étiologie colibacillaire.

» C) *Diagnostic étiologique à l'aide de la vaccination*

» Dans le cas où les deux précédentes recherches auront laissé planer un doute étiologique, l'injection d'un bon vaccin monomicrobien (choisi parmi les espèces incriminables en l'occurrence) dans le tissu sensible de la porte d'entrée correspondant aux germes de ce vaccin, une telle injection sera très précieuse. En effet, beaucoup de faits me permettent de croire que cette injection (supposée exactement réussie) ne provoque de réaction, en règle générale, que lorsque le sujet est aux prises avec l'espèce microbienne que contient le vaccin. Exemple : j'ai soigné douze femmes atteintes de bartholinites aiguës. Onze de ces bartholinites étaient manifestement gonococciques ; dans ces onze cas, l'injection d'un quart de centimètre cube de vaccin gonococcique Pasteur dans les glandes de SKENE provoqua une réaction et une amélioration vives et franches. La douzième malade avait une grosse bartholinite purulente dont l'aspect clinique différait notablement de l'aspect des bartholinites gonococciques. Malgré cela, « pour voir » et en attendant le résultat de la culture du pus soutiré par ponction, je pratiquai une injection de vaccin gonococcique dans la paroi inférieure de l'urètre de cette malade. Aucune réaction ne s'en suivit. Or, la culture du pus donna du colibacille pur. La première injection de vaccin colibacillaire (auto-vaccin, dans ce cas) dans la muqueuse rectale provoqua la maladie vaccinale colibacillaire typique, à la suite de quoi la bartholinite était déjà presque guérie.

» On le voit donc, en cas de diagnostic étiologique incertain, à l'aide de vaccins monomicrobiens raisonnablement choisis et correctement injectés dans les tissus porte d'entrée qui leur correspondent, on pour-

ra parvenir à trouver la cause de l'infection que l'on veut combattre. Cela confère à la vaccination régionale par la porte d'entrée la valeur d'un moyen de diagnostic.

» Pour terminer ces considérations sommaires sur l'enquête étiologique, d'importance primordiale pour instituer la vaccination régionale, il me faut toucher un mot des cas, qui m'ont paru peu nombreux (1,4 %) où le microbe en cause n'est ni le gonocoque, ni le colibacille, ni le staphylocoque.

» Le temps m'a fait défaut pour étudier ces cas d'assez près. Il semble que l'entérocoque, des bacilles diphtérimorphes, le pneumobacille, le pneumocoque peut-être même, puissent parfois se localiser aux organes génitaux de la femme ; (je mets à part le streptocoque qui doit, je crois, être considéré presque exclusivement dans les complications génitales du post-partum ou du post-abortum). Une étude spéciale aidée notamment par de bons vaccins de ces germes, conduirait à fouiller plus avant l'étiologie réelle des infections gynécologiques (réelles, par opposition avec le reflet souvent trompeur donné par l'examen direct et la culture des glaires cervicales). Ce progrès entraînerait l'amélioration des résultats que j'ai obtenus.

» II. — CONNAISSANT LE OU LES MICROBES PATHOLOGIQUES
DU CAS CONSIDÉRÉ, IL FAUT CHOISIR POUR L'INJECTION
LE CAS OÙ LES TISSUS PORTE D'ENTRÉE QUI LUI EST
OU LEUR SONT APPROPRIÉS

» La notion de porte d'entrée est en grande partie corollaire de la connaissance de l'agent pathogène. Chez la femme, comme chez l'homme, l'urètre paraît

être le point faible, le tissu sensible de surface par lequel le gonocoque germe et triomphe de la résistance organique. C'est donc là qu'il faut injecter le vaccin pour imiter la nature. Quant au colibacille, il semble bien évident qu'il franchisse les barrières extérieures de notre corps au niveau de la muqueuse des côlons, normalement capable de lui résister et qui devient sensible dans les conditions pathologiques. C'est donc à elle qu'il faut offrir le vaccin. Or, la muqueuse du rectum est aisément accessible avec le tube rectoscopique court et rien n'est plus facile que d'y pratiquer une injection dont le volume varie de 1/2 à 2 cmc.

» On peut encore injecter le vaccin gonococcique dans les glandes de Bartholin ou la muqueuse du col utérin, tissus sensibles au gonocoque et capables aussi, sans doute, de lui servir de porte d'entrée. De même peut-on introduire le vaccin colibacillaire dans les muqueuses des voies génitales externes qui paraissent susceptibles de servir de porte d'entrée itérative à des colibacilles souillant la vulve par l'urine qui les véhicule.

» Quant au staphylocoque, il ne semble pas impossible qu'il envahisse parfois les organes génitaux de la femme, de dehors en dedans, par la muqueuse utérine. Toujours est-il (quelque réserve qu'il me paraisse utile de faire concernant la pathogénie des infections à staphylocoques) que les injections de vaccin staphylococcique dans la muqueuse cervicale peuvent, en cas de lésions dues à ce germe, déclencher des réactions salutaires.

» J'ajouterai, pour en finir avec cette question du lieu d'injection du vaccin, qu'il faut, pour le choisir, se conformer à l'esprit de la méthode ; l'effort doit

toujours tendre à présenter le vaccin au tissu sensible dans lequel l'infection a germé. Pour achever de me faire comprendre, je dirai ceci : si le hasard me conduisait un sujet infecté par le pneumocoque (par exemple) fût cette injection cantonnée aux organes génitaux, au poumon, au péricarde, au péritoine, à une articulation, dans chacun de ces cas, je m'efforcerais d'injecter un bon vaccin pneumococcique dans la muqueuse du rhino-pharynx parce que nous pensons, sans doute à juste titre, que le pneumocoque trouve dans cette muqueuse, à l'état pathologique, les conditions nécessaires à sa germination, tout comme le colibacille les rencontre, dans les conditions morbides, au niveau de la muqueuse du gros intestin. En sorte que, si les métrites et les salpingites pneumococciques étaient fréquentes, le gynécologue devrait apprendre à injecter des vaccins dans le nez, ce que certains essais m'ont appris ne pas être trop difficile. »

III. — CONNAISSANT L'AGENT INFECTIEUX ET LE TISSU SENSIBLE QUI LUI A SERVI DE PORTE D'ENTRÉE, ON PEUT ENTREPRENDRE LE TRAITEMENT

Très brièvement, voici quels sont le matériel et les règles du traitement :

« A) *Matériel* : Seringue de 2 cmc. bien calibrée ; aiguille de 7 à 8 mm. de long ; une prolonge de 7 à 8 cm. pour les injections cervicales, deux prolonges bout à bout ou une de longueur adéquate pour les injections rectales. Pour ces dernières, tube rectoscopique court, lequel s'introduit très facilement et permet une bonne visibilité sans requérir aucune com-

APPLICATION DE LA METHODE AU TRAITEMENT DES METRITES GONOCOCCIQUES

Si longues qu'aient pu paraître les considérations précédentes, elles étaient indispensables pour faire saisir le mode d'action général de la méthode.

Nous étudierons maintenant l'application du procédé au traitement spécial des métrites gonococciques, laissant volontairement de côté toutes les autres catégories de métrites, et, notamment, les métrites colibacillaires.

Nos observations concernent des malades hospitalisées au dispensaire municipal de la ville de Mogador, chez lesquelles l'infection gonococcique était, pour ainsi dire, certaine.

Le nombre des malades métritiques, autrefois considérable, donne, d'après les dernières statistiques hospitalières, un chiffre de 36,9 % d'entrantes, sous ce diagnostic.

Dans l'application du traitement, nous avons suivi la marche rigoureuse conseillée par POINCELOUX, avec cependant une variante dans le choix du vaccin et nous avons adopté les quatre grands principes directeurs suivants :

- 1° Détermination du microbe pathogène.
- 2° Choix d'un bon vaccin.
- 3° Injection « par la porte d'entrée », selon une technique rigoureuse.
- 4° Continuation des injections jusqu'à guérison ou amélioration nette.

A) DÉTERMINATION DU MICROBE PATHOGÈNE

Chez nos malades, l'enquête étiologique était grandement facilitée par la connaissance de leur passé génital mais, néanmoins, nous avons procédé dans chaque cas, à deux frottis de glaires prélevés dans le col : l'un a été coloré par la méthode ordinaire au bleu et l'autre par la méthode de GRAM, le gonocoque étant un diplocoque à « Gram négatif ».

Malheureusement, « si le microscope permet de »
» ne conserver aucun doute lorsqu'il amène la dé- »
» couverte du gonocoque dans un frottis d'un suinte- »
» ment urétral ou dans une parcelle glaireuse pré- »
» levée sur les muqueuses génitales, l'absence de go- »
» nocoque dans les réactions pathologiques est trop »
» fréquente dans les affections blennorragiques les »
» plus authentiques, pour qu'on puisse en tirer un »
» argument négatif sérieux. Cette carence partielle »
» des données bactériologiques, le résultat parfois »
» peu explicite de l'enquête et de l'examen cliniques »
» expliquent la fréquence relative des cas où le dia- »
» gnostic étiologique reste douteux » (S. de Sèze, *Progrès Médical*, n° 47, 17 novembre 1931).

Il serait possible, dans ces cas (ce que nous n'avons pu faire), d'employer le « test » de la gonoréaction.

Pour POINCloux — nous l'avons vu plus haut — la seule constatation de la réaction fébrile vaccinale

suffit à vérifier le diagnostic étiologique et à signer l'infection.

Malheureusement, nous avons pu constater que, parfois, cette réaction a manqué, en dépit d'une infection gonococcique certaine et d'une technique rigoureusement appliquée.

B) CHOIX DU VACCIN

Les inventeurs de la méthode considèrent, nous l'avons vu, comme un principe rigoureux d'application de leur procédé, l'emploi d'un vaccin spécifique *monomicrobien* :

« Les vaccins polymicrobiens sont à rejeter, ils ne » permettent pas, dit D. BLANCHIER, d'attaquer chaque » espèce microbienne par la porte d'entrée. » (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1930, 21^e cahier).

Dans le cas où l'enquête étiologique aurait démontré une infection polymicrobienne, il conviendrait de vacciner l'organisme par l'emploi successif de vaccins monomicrobiens.

Soit, pour mieux fixer les idées et prendre un exemple, une métrite dans laquelle on détermine l'association du gonocoque au colibacille : on procèdera à l'injection du vaccin gonococcique dans les glandes de SKENE et ensuite à celle du coli dans la muqueuse ano-rectale.

On pourrait objecter à cette technique que, bien souvent, le colibacille pénètre par une érosion souillée par l'urine et que, dans ce cas, la porte d'entrée n'est plus la muqueuse rectale.

Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas, quant au choix du vaccin, suivi la technique des auteurs et avons employé le seul produit mis à notre disposition, par

l'Administration, l'uro-vaccin « Virultra », dont la composition est la suivante :

Gonocoques	600
Entérocc. hémol	200
Bactérium Coli	100
Staphylocoques	100
Pour 1.000 cc. de Vaccin	

Nous devons à la vérité de dire que ce vaccin qui contient du gonocoque comme élément principal (60 %) nous a donné les meilleurs résultats.

D'autres, avant nous, ont injecté ce produit par la « porte d'entrée » comme l'indique le mode d'emploi, mais éloigné de tout centre, nous n'avons pu nous procurer aucune référence bibliographique sur ce point spécial.

*
**

TECHNIQUE DE L'INJECTION

Le gonocoque peut envahir le tractus génital par trois « portes d'entrées » principales :

A) Les glandes de Bartholin.

B) Les glandes de SKENE, au niveau du plancher de l'urètre.

C) L'orifice cervical utérin.

C'est donc en ces points précis qu'il conviendra de pratiquer l'inoculation du vaccin.

Laissant de côté le traitement des « Bartholinites », qui ne fait pas l'objet de cette étude, nous exposons seulement la technique des injections au niveau du plancher de l'urètre et du col cervical.

A) DOSES DE VACCIN A EMPLOYER

En aucun cas, la dose de vaccin ne devra dépasser 1/4 de cc. pour la première injection, sauf dans certains cas de métrites invétérées où nous avons employé d'emblée 1/2 cc. Si la réaction vaccinale a été violente, il sera bon de répéter la même dose, sinon on pourra injecter successivement des quantités de vaccin progressivement croissantes : 1/2 cc. 1 cc. 1 cc. 1/2.

Nous pensons qu'il est inutile de dépasser cette dernière dose.

B) INTERVALLE A OBSERVER ENTRE LES INJECTIONS

On peut répéter l'injection vaccinale en moyenne tous les trois jours, et on peut adopter la règle générale de conduite énoncée par POINCLoux, à savoir qu'on procèdera à une nouvelle injection « quand » l'amélioration obtenue tendra vers zéro, ce qui correspond à peu près à ce rythme. »

C) INSTRUMENTATION A EMPLOYER ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Pour nous, elle s'est réduite, en l'absence d'une instrumentation spécialisée, à un strict minimum :

- 1° des aiguilles fines et courtes ;
- 2° des aiguilles longues à ponction lombaire ;
- 3° une seringue de 2 cc. à 5 cc.

Les aiguilles fines nous ont servi à pratiquer les injections dans le plancher urétral, la femme étant placée en position gynécologique. Il est essentiel, comme nous l'avons déjà dit plus haut, que l'inoculation porte exactement sur ce point si on veut obtenir un bon résultat.

L'injection bien faite doit laisser apparaître une « boulette d'œdème » sous-muqueuse comme on l'observe, par exemple, dans une injection intra-dermique.

Les longues aiguilles à ponction lombaire ont été utilisées par nous, pour les injections vaccinales intra-cervicales. On se rendra compte, tout d'abord, par un toucher, de la consistance du col et le spéculum étant en place et le col bien en vue (il est inutile de le saisir avec une pince de Museux). On enfonce l'aiguille d'un centimètre environ en deux points opposés (9h. et 3h. par exemple) et on injecte dans cha-

cun de ces points la moitié de la dose vaccinale employée.

En raison de la densité des tissus, on éprouve une certaine résistance à l'injection, mais elle est toujours assez aisément vaincue.

Qu'il s'agisse d'inoculation vaccinale au niveau du plancher de l'urètre ou de col utérin on constate toujours, en retirant l'aiguille, un certain écoulement sanguin, qui peut être parfois assez abondant lorsque le col est congestionné ainsi qu'il arrive dans certaines métrites.

Il ne doit causer aucune inquiétude et s'arrête toujours spontanément.

Bien plus, cette petite « saignée locale » ne saurait avoir qu'une influence favorable comme décongestif. Dans les anciennes méthodes de traitement ne recommandait-on pas les scarifications du col ?

Cet arsenal très sommaire peut être remplacé, lorsqu'il s'agit de pratiquer des injections intracervicales, par une instrumentation plus perfectionnée, que nous avons l'intention d'utiliser dans l'avenir. Elle a été décrite par BASSET et POINCLOUX dans le numéro 4 de la « *Revue Mensuelle de Gynécologie et Obstétrique* » de l'année 1928.

Il s'agit d'une prolonge métallique, telle que celle qui est employée par BENS AUDE pour les injections de quinine-uréthane, dans les paquets hémorroïdaires. L'injection est grandement facilitée (V. Fig. I).

Dans les cas assez nombreux où la métrite du col coexiste avec une métrite du corps, POINCLOUX utilise une instrumentation spéciale et originale ainsi composée :

1° (Figure 2) La pièce essentielle est un grand cathéter creux de 22 cm. de long, dont les 8 derniers



FIGURE 1

cm. ont les courbures d'une bougie de Hégar, le calibre de ce cathéter est de 8 millimètres, il est destiné à pénétrer dans la cavité utérine. Cette pièce comporte une extrémité aveugle par laquelle on l'introduit dans l'organe, et une extrémité ouverte munie d'un pavillon évasé. Une patte est soudée au bord inférieur de celui-ci et sert à le saisir. Un canal rectiligne est ménagé dans ce cathéter creux ; il s'ouvre d'un côté au niveau du pavillon ci-dessus désigné, de l'autre à la convexité de la courbure préterminale de l'extrémité du cathéter. Ce canal sert à recevoir la deuxième ou la quatrième pièces qui composent cet instrument ;

2° Une tige pleine, ayant le calibre du conduit creusé dans le cathéter, peut y être introduite. Sa longueur et la forme de son extrémité sont telles que, lorsqu'elle est poussée à fond, elle vient obturer exactement la fenêtre située près de l'extrémité du cathéter. Pour cathétériser l'utérus, on munit l'instrument de cette tige pleine de manière que la fenêtre ne râcle pas la muqueuse et ne se charge pas de produits septiques venus d'aval au fur et à mesure qu'elle progresse dans la cavité corporéale.

3° Quand l'appareil est en place dans l'utérus, on le rend solidaire de la valve supérieure du spéculum par le moyen de la troisième pièce. Celle-ci est constituée par deux demi-bagues qui enserrent le cathéter et peuvent ou coulisser tout au long de lui ou être immobilisées par le moyen d'une vis. Ces deux demi-bagues sont articulées à leur extrémité supérieure avec une mâchoire mobile dont l'ouverture, l'orientation et la forme sont calculées pour mordre précisément le bord supérieur du spéculum avec lequel on peut les solidariser par un bouton de serrage ; de

cette façon, quand l'appareil mis en place est fixé, les deux mains du médecin redeviennent libres.

4° Une dernière pièce constituée par une tige creuse, ayant les dimensions extérieures du canal du cathéter ; elle se termine, à l'extrémité par laquelle on l'engage dans le cathéter, par une aiguille de 5 millimètres de long et de 8/10^e de diamètre ; à l'autre extrémité, cette tige porte un embout qui permet de la raccorder avec la seringue contenant le vaccin ; sur la partie supérieure de cet embout est soudé un ergot qui, lorsque cette tige creuse porte-aiguille est glissée dans le cathéter, affleure une rainure taillée dans le pavillon orificiel de celui-ci au moment où l'aiguille est prête à se démasquer par la fenêtre intra-utérine et, par conséquent, à piquer la muqueuse du corps de l'utérus ; c'est en surveillant des yeux l'engagement plus ou moins complet de cet ergot dans cette rainure qu'on sait exactement de combien de millimètres dépasse la fenêtre du cathéter.

EMPLOI DE CET APPAREIL

Nous avons vu que son indication réside dans l'existence d'une endométrite ayant résisté au traitement de la métrite cervicale. Pour introduire cet appareil dans l'utérus, il est bien entendu, nécessaire, après avoir fait une toilette particulièrement soignée du col, de dilater ce dernier, et surtout l'isthme, soit avec l'appareil à trois branches de Sims, soit avec un jeu de bougies de Hégar jusqu'au n° 8. L'introduction est toujours facile quand on procède patiemment et avec douceur ; elle l'est au point que jamais nous n'avons été obligés d'amarrer le col avec une pince de Museux. Quand l'instrument est enfoncé

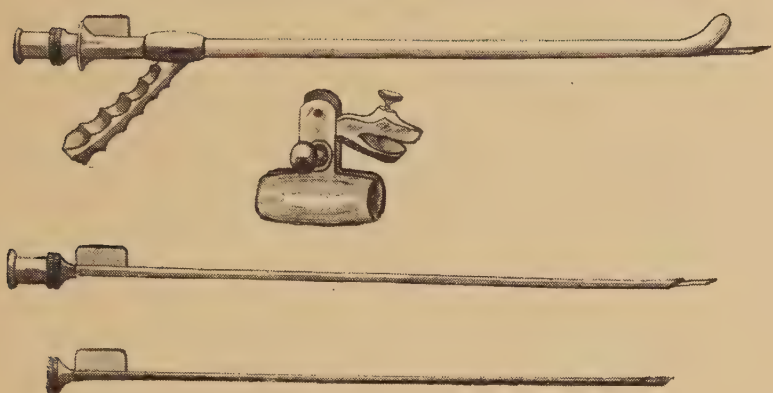


FIGURE 2

De haut en bas:

Pièce 1

Pièce 3

Pièce 4

Pièce 2

Pour l'explication se rapporter au texte

complètement et qu'il est fixé au spéculum, on retire la tige pleine. La seringue contenant le vaccin étant, par ailleurs garnie, est adaptée à la tige porte-aiguille ; on introduit celle-ci par le pavillon, le glissement pouvant être facilité par quelques gouttes d'huile goménolée.

Première position de l'appareil. — Son antécourbure étant concentrique à l'antécourbure utérine et son extrémité butant sur le fond de la cavité corporeale, on peut, dans cette première position, faire une injection sur la face postérieure de cette cavité à 1 cm. de son fond ; quand on a poussé environ 1/4 de cc. de vaccin à cet endroit, la tige porte-aiguille est retirée franchement de 2 ou 3 cm. pour que la pointe de l'aiguille soit masquée dans le canal du cathéter ; on desserre légèrement la vis des deux demi-bagues, ce qui permet de reculer le cathéter de la quantité voulue, par exemple de 1 cm., on bloque à nouveau les deux demi-bagues et l'on est dès lors en place pour faire une deuxième injection sur la face postérieure de l'utérus, à peu près à mi-chemin entre le fond et l'isthme. Si on veut pratiquer des injections sur les bords gauche et droit et sur la face antérieure de la cavité corporeale, rien n'est plus simple. Toujours après avoir masqué l'aiguille par un retrait franc du porte-aiguille, il est aisé de faire exécuter au cathéter les mouvements convenables qui amènent sa fenêtre, soit sur le bord gauche, soit sur la face antérieure, soit sur le bord droit et ce plus ou moins près du fond ou du col.

Une petite difficulté est à résoudre au point de vue de l'injection proprement dite du vaccin dans ou sous la muqueuse. En effet, les courbures de l'utérus et la forme de sa cavité, virtuelle ici réelle là, sont telles que l'une des faces de l'instrument, la

postérieure en cas d'antéflexion normale, est en contact intime avec la muqueuse utérine. Dans ce cas, il suffit de faire dépasser l'aiguille de peu de millimètres (2 ou 3) pour que son extrémité soit dans la muqueuse et que l'injection soit réussie. Au contraire, quand on veut injecter dans la face antérieure du corps de l'utérus, cette face n'étant pas au contact intime de l'instrument, la muqueuse fuit devant l'aiguille qui veut la perforer. Il faut, de ce fait, que le dépassement de l'aiguille soit plus considérable que dans le cas précédent. On sera toujours averti que le degré de pénétration de l'aiguille est suffisant par le degré de résistance que l'on éprouve en pressant sur le piston de la seringue. Quand cette résistance est nulle, c'est que l'aiguille n'a pas encore piqué la muqueuse, quand elle est trop élevée, c'est qu'on est déjà dans le tissu dense du corps la bonne position se trouve entre les deux. (Notons qu'il peut y avoir intérêt à forcer le vaccin dans le muscle utérin lui-même).

Les injections de vaccin dans le corps de l'utérus provoquent les mêmes réactions que les injections dans le col. En outre, elles donnent quelquefois lieu, mais non toujours, à des coliques passagères. Enfin, pendant les deux ou trois jours qui suivent les injections, il est habituel que le malade perde des glaires teintées de sang.

« Nous avons pu, ajoute POINCLOUX, grâce à l'emploi de cet instrument, guérir des métrites invétérées qui avaient résisté à tous les traitements. Insistons sur ce fait que si les cautérisations au Filhos donnent, entre les mains de médecins compétents de bons résultats dans le traitement des métrites du col, elles n'agissent point sur l'infection du

» corps, quand elle est intense, et que, par ailleurs,
» l'existence de para-métrite et de salpingite cons-
» titue une contre-indication importante à l'emploi
» de ce traitement escarifiant (qui oblige, en outre,
» les patientes à un alitement de longue durée et à
» une surveillance attentive pendant plusieurs
» mois. » (*Revue mensuelle de Gynécologie et Obs-
tétrique* 1922, n° 4).

Cette technique un peu... complexe ne saurait être
appliquée par le médecin praticien, elle doit être ré-
servée au spécialiste gynécologue.

ECHECS DU TRAITEMENT OU GUERISONS INCOMPLETES

La méthode de POINCLOUX, si elle donne, comme nous le verrons plus loin, un pourcentage intéressant de succès, n'est cependant pas à l'abri des échecs, dans les cas mêmes où elle paraissait absolument indiquée.

Il est bien difficile d'en donner la raison, car, pour le faire, il faudrait que nous connaissions le mécanisme intime de l'immunité.

« Sans qu'on sache pourquoi, dit M. BLANCHIER, il » est des organismes qui s'immunisent vite et d'autres qui s'immunisent très lentement ou pas du tout. Ces derniers ne bénéficieront pas de la méthode de BASSET et POINCLOUX, mais ils bénéficieront encore moins peut-être des autres procédés de vaccination. Il faut savoir, dans ces cas, abandonner tout essai de thérapeutique biologique et agir d'une autre manière. » (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1930, 21^e cahier).

Parfois, malgré le traitement vaccinal régional par la porte d'entrée, le plus rigoureusement conduit, on n'arrive à obtenir qu'une amélioration qui reste stationnaire et ne progresse plus aux injections suivantes.

Il est nécessaire, dans ces cas, de savoir :

1° Que la méthode agit mieux dans les formes aiguës et subaiguës où elle peut être à elle seule suffisante, que dans les formes chroniques.

Nous avons cependant enregistré dans ces derniers cas, comme le montre nos observations, de très intéressants résultats.

2° La vaccination ne saurait évidemment agir que sur le processus infectieux ; elle ne saurait, à elle seule, modifier les lésions anatomiques engendrées par lui.

Dans ces cas particulièrement rebelles au seul traitement vaccinal régional, il convient de compléter celui-ci par le traitement classique au crayon de Néo-Filhos, selon une technique aujourd'hui parfaitement définie par POINCELOUX, dans l'*Hôpital*, n° 356, d'avril 1934 ;

« Les points essentiels à préciser sont les suivants :

1° Les séances de cautérisation seront espacées d'un mois au moins les unes des autres.

2° Chaque cautérisation sera poussée avec énergie dans toute l'étendue du col ; elle doit avoir pour but la destruction de la muqueuse endocervicale sans nous préoccuper de la métrite externe.

3° Tout de suite après la cautérisation, il faut arrêter soigneusement l'action du caustique, en faisant agir à la surface de l'escarre noire qu'il provoque de l'acide acétique dilué à 1/20, au moyen de fragments de coton imbibés que l'on bourre dans le col et qu'on étale à la surface ; ces cotons seront renouvelés jusqu'à ce que l'escarre soit devenue *gris clair* ; ce temps est capital pour limiter la destruction de la muqueuse à ce qu'on veut qu'elle soit ; il faut bien veiller à ce que les orifices externes et internes du col soient

débarrassés des moindres traces de caustique, car ce sont eux qui se sténosent le plus facilement.

4° Quinze jours après chaque cautérisation, on entreprendra des dilatations du col de l'utérus avec les bougies de Hégar n^{os} 3, 4, 5, 6. En principe, cinq séances de dilatation seront faites en quinze jours.

5° Après la dernière cautérisation, des dilatations seront poursuivies plus longtemps, jusqu'à complète cicatrisation du col.

Trois cautérisations suffiront à terminer la guérison de la plupart des métrites quand on les a d'abord soumises à la vaccination par tissu sensible.

De plus « la vaccination préalable par les tissus sensibles calme toujours assez le processus inflammatoire pour supprimer les accidents infectieux qu'on a reprochés aux cautérisations énergiques ; ce bénéfice de la vaccination régionale par la porte d'entrée, particulier à ce qui concerne la cure radicale des métrites, constitue un avantage inestimable quand elles coexistent avec de l'annexite, ce qui est fréquent ; il devient possible alors de guérir parfaitement les métrites les plus intenses ou les plus invétérées, même compliquées d'une inflammation aiguë des trompes et des ovaires. » (POINCLoux, *l'Hôpital*, Avril 1934, N^o 356).

L'étude attentive des observations actuellement publiées sur ce sujet et éparses dans la littérature médicale permet de conclure avec POINCLoux que la plupart des malades traitées par sa méthode, échappent à l'hystérectomie alors qu'il s'agissait parfois de cas d'annexites très sévères.

C'est là un bénéfice incomparable et une supériorité incontestable sur toutes les autres méthodes de traitement.

TEMPS MOYEN NECESSAIRE POUR OBTENIR LA GUERISON

D'après les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, on peut l'évaluer en moyenne de quinze jours à trois semaines.

L'auteur estime qu'après six injections pratiquées pour les trois premières à deux jours d'intervalle et pour les trois autres à trois jours, soit quinze jours de traitement au total, la « région pathologique est mise en état de résistance suffisante pour que puissent être entreprises sans danger les cautérisations au Néo-Filhos. »

Cependant, il convient d'observer que dans les cas assez rares où les cautérisations par le crayon de Néo-Filhos auront été nécessaires, la guérison ne saurait être obtenue qu'en trois mois et demi ou quatre mois.

Voici, résumée dans un tableau, la durée moyenne du traitement, dans les cinquante observations personnelles que nous publions. Nous en avons exclu la durée des règles, variable pour chaque sujet, pendant laquelle le traitement a été suspendu.

a) Malades guéries en moins de 20 jours.....	30
b) » » » » » de 1 mois.....	13

c) » » » » de 1 mois 1/2.....	2
d) Cas rebelles ou améliorés en plus d'un mois 1/2	5

N. B. — Les injections ont été faites tous les trois jours.

Si l'on veut bien comparer avec ces chiffres les longs séjours des malades métritiques, dans un dispensaire spécial, avec les thérapeutiques anciennes et les frais très élevés d'hospitalisation qui s'en suivaient, pour des résultats souvent à peu près nuls, on appréciera immédiatement la valeur économique de la méthode.

En cette période de crise commerciale où les budgets municipaux voient diminuer leurs recettes dans d'inquiétantes proportions, il est nécessaire d'envisager parallèlement des restrictions inéluctables sur le chapitre « hygiène ».

Nous ajouterons, et ce n'est pas là un mince bénéfice, que, malgré la courte durée du traitement, les malades sortent pour la plus grande partie, guéries, comme vont le démontrer les résultats que nous allons maintenant exposer.

RESULTATS OBTENUS

Voici les résultats rapportés par POINCELOUX dans le « *Paris Médical* » du 20 décembre 1930, dans le traitement des Métrites Gonococciques pures (ou semblant telles) : « J'en ai rencontré, dit-il, 42, trois devant être écartées pour la statistique des résultats, parce qu'insuffisamment soignées.

Le tableau suivant donne une idée des résultats obtenus :

Résultats parfaits	10.2 %
» très bons	30,7 %
» bons	51 %
» assez bons	2.5 %
» médiocres	2.5 %
» nuls	2.5 %

Par résultats parfaits, j'entends le retour à l'état anatomique et physiologique normal.

Par résultats très bons, j'entends la guérison clinique complète à ceci près que l'expression du col donne une sécrétion minime.

Les résultats bons ou assez bons concernent les malades dont l'exulcération et l'ectropion, ainsi que les pertes, disparaissent en grande partie ou sont nettement diminuées, mais chez lesquelles l'examen du col révèle que ce dernier n'est pas normal ; ces fem-

mes, de temps en temps, notamment avant les règles, perçoivent quelques pertes blanches. Ce sont les moins bons ou les plus sérieux de ces cas qui sont justiciables du¹ Filhos.

Un résultat médiocre correspond à la réduction des pertes sans modification importante du col.

L. DELREZ et G. LAMBERT (*Revue Médicale* du 27 juillet 1930) donnent un pourcentage de guérison de 88 % dans les métrites du col. Dans les métrites sérieuses blennorragiques, D. BLANCHIER indique que la guérison clinique est obtenue dans 30 à 40 % des cas. « Si les malades ne guérissent pas toujours complètement, elles sont cependant assez améliorées pour être satisfaites ; elles n'ont plus de malaises, ni de pertes vertes abondantes et affaiblissantes. »

Nous résumons ci-dessous les résultats enregistrés dans nos cinquante observations personnelles.

A) NOMBRE D'INJECTIONS (faites tous les trois jours)

a) Malades guéries en moins de 7 injections....	30
(moins de 20 jours)	
b) Malades guéries en moins de 10 injections....	13
(moins de 1 mois)	
c) Malades guéries en moins de 15 injections....	2
(moins de 1 mois 1/2)	
d) Malades (améliorées ou non) traitées en moins de 20 injections	5
(plus de 1 mois 1/2)	

B) GUÉRISONS -- ECHECS -- POURCENTAGE DES GUÉRISONS

a) Guérisons complètes	10	20 %
b) Guérisons très bonnes ou bonnes	33	66 %
c) Guérisons assez bonnes. Améliorations satisfaisantes	4	8 %
(après un long traitement)		
d) Echechs -- Résultats très médiocres	3	6 %

C) RÉACTIONS THERMIQUES

Malades ayant présenté des réactions fébriles

a) Inférieures à 38° ou nulles	28
b) Inférieures à 39° (entre 38° et 39°)	17
c) Supérieures à 39°	5

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Les observations que nous allons publier dans ce chapitre sont le résumé de traitements que nous avons effectués au Dispensaire des Filles Publiques de Mogador, grâce à l'autorisation et à l'obligeance de M. le Docteur BOUVERET, Médecin-Chef de l'Hôpital « Eugène-Etienne » de Mogador, et Médecin Directeur du Bureau d'Hygiène de cette ville.

Chaque malade examinée et traitée, tous les trois jours, a subi à chaque séance :

- a) Un examen direct des voies génitales au spéculum.
- b) Un prélèvement sur lame, suivi d'examen au microscope après double coloration (un bleu et un Gram).
- c) Une injection d'Uro-Vaccin « Virultra », faite suivant les cas dans la muqueuse vaginale ou utérine (portion cervicale).
- d) Nous avons enfin noté à chaque séance l'amélioration constatée qui, dans la plupart des cas, s'est montrée évidente et progressive.

TABEAU DES ABRÉVIATIONS

Aspect du col :

U = Ulcération

E = Erosion

O = Pas d'ulcération.

OBSERVATION N° 1

Nom : A... (Yamina Bent) fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	23-5-34	U	P	G	+1/4 cc		
2	25-5-34	U	P	G	+1/2 cc		
3	29-5-34	U	P	G	+1/2 cc		
4	1-6-34	U	S.P	G	+1 cc		+
5	3-6-34	U	S.P	G	+1 cc		+
6	5-6-34	U	S.P	G		+1/2 cc	++
	8-6-34	Pas de traitement. Règles.					
7	11-6-34	E	S	O		+1 cc	++
8	13-6-34	E	S	O		+1 cc	++
9	15-6-34	E	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 9 piqûres. Il reste sur le col une très légère érosion.
La sécrétion a complètement disparue.

Le prélèvement est, en tout cas, stérile au point de vue gonocoque.

La malade n'a présenté au cours du traitement aucune élévation thermique.

OBSERVATION N° 2

Nom : A... (Zaina Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique. (Pas d'ulcération).

TABLEAU DE TRAITEMENT (Uro-Vaccin)

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	23-5-34	O	S.P	G	+1/4 cc		
2	25-5-34	O	S.P	G	+1/2 cc		
3	29-5-34	O	S.P	G	+1 cc		+
4	1-6-34	O	S.P	O	+1 cc		+
5	8-6-34	O	S	O	+1 cc		++
6	11-6-34	O	S	O	+1 cc		++
7	14-6-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 7 piqûres.

Il reste une très légère sécrétion séreuse, mais le prélèvement est négatif au point de vue gonocoque.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 3

Nom : L... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	25-5-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	29-5-34	U	P	G		+1/2 cc	
	1-6-34	Pas de traitement. Règles.					
3	8-6-34	U	P	G		+1 cc	
4	11-6-34	U	P	G		+1 cc	
5	14-6-34	U	S.P	G		+1 cc	
6	17-6-34	U	P	G		+1 cc	
7	20-6-34	U	S.P	G		+1 cc	+
8	23-6-34	U	S.P	G		+1 cc	+
9	25-6-34	U	S.P	G		+1 cc	+
10	28-6-34	U	S.P	G		+1 cc	+
	30-6-34	Pas de traitement. Règles.					
11	3-7-34	U	S.P	G		+1 cc	++
12	5-7-34	U	S.P	G		+1 cc	++
13	7-7-34	U	S	O		+1 cc	++
14	10-7-34	U	S	O		+1 cc	++
15	13-7-34	U	S	O		+1 cc	++
16	15-7-34	U	S	O		+1 cc	+++

Guérie en 16 piqûres. Il persiste toujours une légère ulcération du col, en bonne voie de cicatrisation. La sécrétion est très peu abondante, séreuse, et ne contient pas de gonocoques.

La malade a présenté à chaque injection une élévation thermique de 38°5 à 39°. La guérison a cependant été moins rapide que chez d'autres, qui n'ont pas présenté de réactions fébriles.

OBSERVATION N° 4

Nom : A... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique blennorragique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	1-6-34	U	S.P	G	+1/4 cc		
2	4-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc		
3	8-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/4 cc	
4	11-6-34	U	S.P	G		+1/2 cc	+
5	14-6-34	E	S.P	O		+1 cc	++
6	17-6-34	E	S	O		+1 cc	++
	19-6-34	Pas de traitement. Règles.					
7	23-6-34	E	S	O		+1 cc	++
8	26-6-34	E	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 8 piqûres.

Il persiste une érosion minime sur le col.

Pas de sécrétion.

Prélèvement dans le col négatif au point de vue gonocoque.

Réactions thermiques le 8-6-34 à 38°5 et le 11-6-34 à 39°.

OBSERVATION N° 5

Nom : A... (M'Barka Bent L... Ben), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	1-6-34	U	P	G	+1/4 cc		
2	8-6-34	U	P	G	+1/2 cc		
3	11-6-34	U	P	G	+1 cc		
4	14-6-34	U	P	G	+1 cc		
	16-6-34	Pas de traitement. Règles.					
5	23-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
6	26-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	O
7	28-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	O
8	30-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
9	3-7-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	++
10	5-7-34	E	S.P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
11	7-7-34	E	S.P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
	9-7-34	Pas de traitement. Règles.					
12	16-7-34	E	S.P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
13	18-7-34	E	S.P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
14	20-7-34	E	S	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
15	23-7-34	O	S	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
16	26-7-34	O	S	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
17	28-7-34	O	S	O	+1/2 cc	+1/2 cc	+++

Guérie en 17 piqûres.

Ulcération complètement guérie.

Il persiste un léger suintement séreux, indemne de gonocoques.

Cette métrite plus rebelle que les autres, a été traitée par double injection intra-vaginale et intra-cervicale.

Aucune réaction thermique n'a été enregistrée.

OBSERVATION N° 6

Nom : L... (Zarah Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique avec ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	1-6-34	U	S.P	G	+1/4 cc		
2	4-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc		
3	8-6-34	E	S.P	G		+1/2 cc	+
	10-6-34	Pas de traitement. Règles.					
4	15-6-34	E	S.P	O		+1 cc	++
5	17-6-34	E	S	O		+1 cc	++
6	20-6-34	E	S	O		+1 cc	++
7	23-6-34	E	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Ulcération très améliorée (Erosion simple).

Sécrétion tarie.

Prélèvement intra-cervical négatif.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 7

Nom : M... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion simple du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	1-6-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	4-6-34	U	P	G		+1/2 cc	
3	8-6-34	U	P	G		+1 cc	
4	11-6-34	U	S.P	G		+1 cc	+
5	14-6-34	U	S.P	O		+1 cc	++
6	17-6-34	E	S.P	G		+1 cc	+
7	20-6-34	E	S	O		+1 cc	++
	23-6-34	Pas de traitement. Règles.					
8	27-6-34	E	S	O		+1 cc	++
9	30-6-34	O	S	O		+1 cc	++
10	3-7-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 10 piqûres.

Ulcération cicatrisée.

Pas de sécrétion anormale.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoque.

La malade a présenté à chaque injection, à partir du 8-6-34, une réaction fébrile oscillant entre 38°5 et 39°5.

N. B. — Toutes les injections ont été faites intra-cervicales.

OBSERVATION N° 8

Nom : L... (Yamina Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	1-6-34	O	S.P	G	+1/4 cc		
2	4-6-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	8-6-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
4	11-6-34	O	S	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
5	14-6-34	O	S	G	+1/2 cc	+1/2 cc	++
6	17-6-34	O	S	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
7	20-6-34	O	O	O	+1/2 cc	+1/2 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Sécrétion complètement tarie.

Prélèvement bactériologique négatif.

N. B. — Les injections ont porté à la fois sur la muqueuse vaginale et la muqueuse cervicale jusqu'à la disparition du gonocoque.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 9

Nom : A... (Zorah), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Ufo-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	28-5-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	1-6-34	U	P	G		+1/2 cc	
3	4-6-34	U	P	G		+1/2 cc	
4	8-6-34	U	P	G		+1 cc	
5	11-6-34	U	P	G		+1 cc	
6	14-6-34	U	P	G		+1 cc	
7	18-6-34	U	P	G		+1 cc	
	20-6-34	Pas de traitement. Règles.					
8	25-6-34	U	S.P	G		+1 cc	
9	27-6-34	U	S.P	G		+1 cc	
10	29-6-34	U	P	G		+1 cc	
11	2-7-34	U	P	G		+1 cc	
12	5-7-34	U	S.P	G		+1 cc	+?
13	8-7-34	U	P	G		+1 cc	O
14	11-7-34	U	P	G		+1 cc	O
15	14-7-34	U	S.P	G		+1 cc	+?
	17-7-34	Pas de traitement. Règles.					
16	20-7-34	U	P	G		+1 cc	+
17	23-7-34	E	S.P	G		+1 cc	+
18	26-7-34	E	S.P	G		+1 cc	+
19	29-7-34	E	P	G		+1 cc	+
20	2-8-34	E	S.P	O?		+1 cc	++
21	5-8-34	E	S.P	O		+1 cc	++

Traitement interrompu à la 21^e piqûre. Cette métrite s'est montrée réfractaire au traitement. L'ulcération a fait place à une érosion qui reste stationnaire. L'écoulement, franchement puru-

lent au début du traitement, s'est montré par la suite, tantôt purulent, tantôt séro-purulent; il est beaucoup moins abondant. Les deux derniers prélèvements ont été négatifs. Réactions thermiques à 38°5-39°, après chaque injection.

N. B. — Quoique n'ayant pas donné de guérison complète, le traitement a tout de même amené une amélioration appréciable.

OBSERVATION N° 10

Nom : A... (R'Kia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique avec ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	U	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	17-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
4	20-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
5	23-6-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
6	26-6-34	E	S.P	O		+1 cc	+
7	29-6-34	E	S.P	O		+1 cc	++
8	3-7-34	E	S	O		+1 cc	++
	6-7-34	Pas de traitement. Règles.					
9	10-7-34	E	S	O		+1 cc	++
10	13-7-34	O	S	O		+1 cc	++
11	16-7-34	O	S	O		+1 cc	+++

Guérie en 11 piqûres.

Ulcération cicatrisée.

Léger suintement séreux, au niveau du col.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoque. Jusqu'à disparition de ceux-ci, il est pratiqué, à chaque séance, deux injections: l'une, intra-vaginale, l'autre intra-cervicale.

Réactions thermiques entre 38° et 39° les 14-6-34 et 26-6-34.

OBSERVATION N° 11

Nom : T... (Zina Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique avec érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	E	P	G?	+1/4 cc		
2	14-6-34	E	P	O	+1/2 cc		
3	17-6-34	E	S.P	O	+1 cc		+
4	20-6-34	E	S.P	O	+1 cc		+
5	23-6-34	O	S	O	+1 cc		++
6	26-6-34	O	O	O	+1 cc		++

Guérie en 6 injections.

Erosion complètement disparue.

Sécrétion tarie.

Gonocoques: néant.

Réactions thermiques inférieures à 38°5.

OBSERVATION N° 12

Nom : X... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	O	S.P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	17-6-34	O	S.P	G		+1 cc	+
4	20-6-34	O	S	O		+1 cc	++
5	23-6-34	O	S	O		+1 cc	+++
6	26-6-34	O	S	O		+1 cc	+++
7	29-6-34	O	O	O		+1 cc	++++

Guérie en 7 piqûres.

Ulcération: néant.

Pas de sécrétion.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

OBSERVATION N° 13

Nom : B.. (R'Kia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
2	14-6-34	O	S.P	O	+1/2 cc		+
3	17-6-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	20-6-34	O	S	O	+1 cc		++
5	23-6-34	O	S	O	+1 cc		++
6	26-6-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 injections.

Pas d'ulcération ni érosion.

Plus de sécrétion.

Le prélèvement est négatif: il n'a jamais été franchement positif; mais la malade a déjà été soignée au dispensaire pour métrite aiguë gonococcique.

Réactions thermiques à 38°5 et 39° les 17-6-34, 20-6-34, 23-6-34 et 26-6-34.

OBSERVATION N° 14

Nom : A... (Dami Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	O	S.P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	17-6-34	O	S.P	G		+1 cc	
4	20-6-34	O	S	O		+1 cc	+
5	23-6-34	O	S	O		+1 cc	++
6	26-6-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 6 injections.

Pas d'ulcération.

Sécrétion complètement tarie.

Le prélèvement fait au niveau du col, est négatif au point de vue gonocoques.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 15

Nom : El M... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique avec ulcération du col (de nature gonococcique).

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	U	P	O?	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	U	P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	17-6-34	U	P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	
	20-6-34	Pas de traitement. Règles.					
4	26-6-34	U	P	O		+1 cc	
5	29-6-34	U	P	O		+1 cc	
6	2-7-34	E	P	O		+1 cc	+
7	5-7-34	E	S.P	O		+1 cc	+
8	8-7-34	E	S.P	O		+1 cc	+
9	11-7-34	E	S.P	O		+1 cc	+
10	14-7-34	E	S.P	O		+1 cc	+
	17-7-34	Règles. Pas de traitement.					
11	20-7-34	O	S.P	O		+1 cc	++
12	23-7-34	O	S	O		+1 cc	++
13	26-7-34	O	S	O		+1 cc	++
14	29-7-34	O	S	O		+1 cc	+++

Guérie en 14 piqûres.

Ulcération complètement guérie. Il persiste une très légère sécrétion séreuse au niveau du col.

Le prélèvement a toujours été négatif au point de vue gonococques, mais cette malade a déjà été soignée au dispensaire il y a quatre mois pour métrite blennorragique avec prélèvement positif.

N. B. — Quoique cette malade ait présenté à chaque injection une température aux environs de 39°, la guérison, chez elle, a été moins rapide et moins complète cependant, que chez d'autres n'ayant pas présenté de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 16

Nom : L... (Fatima Bent); fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique avec érosion du col (de nature gonococcique).

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	E	S.P	G		+1/4 cc	
2	14-6-34	E	S.P	G		+1 cc	
3	17-6-34	E	S.P	G		+1 cc	+
4	20-6-34	E	S?	G		+1 cc	+
5	23-6-34	E	S	O?		+1 cc	+
6	26-6-34	O?	O	O		+1 cc	++
7	29-6-34	O	S	O		+1 cc	++
8	2-7-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 8 piqûres.

Erosion du col: néant.

Sécrétion tarie.

Prélèvement intra-cervicale négatif.

Pas de réactions thermiques au-dessus de 38°.

OBSERVATION N° 17

Nom : S... (Aïcha), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	U	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
	17-6-34	Pas de traitement. Règles.					
3	23-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
4	26-6-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
5	29-6-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
6	2-7-34	E	S	O?		+1 cc	++
7	5-7-34	E	S	O		+1 cc	++
8	8-7-34	E	S	O		+1 cc	++
9	11-7-34	O?	O	O		+1 cc	+++°

Guérie en 9 piqûres.

L'érosion peut être considérée comme guérie.

Il n'y a plus de sécrétion.

Le prélèvement est négatif.

Il a été fait une injection à la fois intra-vaginale et intra-cervicale, jusqu'à disparition du gonocoque et amélioration nette.

Pas de réactions thermiques au-dessus de 38°, sauf les 14-6-34 (39°5) et 23-6-34 (38°9).

OBSERVATION N° 18

Nom : M... (Yamina Bent L... Ben), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite chronique blennorragique avec ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	14-6-34	U	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	17-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/4 cc	
2	20-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
	23-6-34	Pas de traitement. Règles.					
4	29-6-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
5	2-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
6	5-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
7	8-7-34	U	P?	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
8	11-7-34	U?	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
9	14-7-34	E	S.P	G?	+1/2 cc	+1/2 cc	+
10	17-7-34	E	S.P	O	+1/2 cc	+1/2 cc	++
	20-7-34	Pas de traitement. Règles.					
11	26-7-34	E	S.P?	O		+1 cc	++
12	29-7-34	E	S	O		+1 cc	++
13	2-8-34	E	S.P?	O		+1 cc	++
14	5-8-34	E	S	O		+1 cc	++
15	7-8-34	E	S	O		+1 cc	++
16	10-8-34	E?	S	O		+1 cc	+++

Améliorée en 16 piqûres. Le traitement est interrompu. Cette métrite s'est montrée réfractaire au traitement. L'amélioration est cependant notable étant donné que:

a) L'ulcération a fait place à une érosion en bonne voie de guérison;

b) Que l'écoulement de purulent qu'il était, s'est transformé en un léger suintement séreux indemne de gonocoques.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 19

Nom : B... (Achouma Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-6-34	O	S.P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	14-6-34	O	S.P	G		+1 cc	
3	17-6-34	O	S	G?		+1 cc	+
4	20-6-34	O	S	O		+1 cc	++
5	23-6-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 5 piqûres.

Ulcération: néant.

Sécrétion: néant.

Prélèvement négatif.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 20

Nom : H... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique subaiguë.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-6-34	O	P	G		+1/4 cc	
2	20-6-34	O	P	G		+1/2 cc	
3	23-6-34	O	S.P	G		+1 cc	+
4	26-6-34	O	S.P	G?		+1 cc	+
5	29-6-34	O	S	O		+1 cc	++
6	2-7-34	O	O	O		+1 cc	++++

Guérie en 6 piqûres.

Tous les examens sont négatifs. (Ulcération, sécrétion, gonocoques).

Pas de réactions thermiques dépassant 38°.

OBSERVATION N° 21

Nom : M'H... (Yamina Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	18-6-34	O	S.P	G		+1/4 cc	
2	21-6-34	O	S.P	G		+1/2 cc	
3	24-6-34	O	S.P	G		+1 cc	
4	27-6-34	O	S	O?		+1 cc	+
5	30-6-34	O	S	O		+1 cc	++
	3-7-34	Pas de traitement. Règles.					
6	9-7-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 6 injections.

Ulcération: néant

Ecoulement nul.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques très légères, ne dépassant pas 38°.

OBSERVATION N° 22

Nom : A... (Aïcha Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	18-6-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	20-6-34	U	P	G		+1/2 cc	
3	23-6-34	U	P	G		+1 cc	
4	26-6-34	U	P	G		+1 cc	
5	29-6-34	U	P	G		+1 cc	
	2-7-34	Pas de traitement. Règles.					
6	8-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
7	11-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
8	14-7-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
9	17-7-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
10	20-7-34	U	S.P	G?	+1/2 cc	+1/2 cc	+
11	23-7-34	U	S.P	O	+1/2 cc	+1 cc	+
12	26-7-34	U	S.P	O	+1/2 cc	+1 cc	+
	29-7-34	Pas de traitement. Règles.					
13	2-8-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1 cc	+
14	5-8-34	E	S.P	G?	+1/2 cc	+1 cc	+
15	8-8-34	E	S.P?	O	+1/2 cc	+1 cc	++
16	11-8-34	E	S	O	+1/2 cc	+1 cc	++
17	14-8-34	E	S	O	+1/2 cc	+1 cc	++
18	17-8-34	E	S	O	+1/2 cc	+1 cc	++

Améliorée en 18 injections. Traitement interrompu.

L'ulcération a fait place à une érosion simple, persistante.

La sécrétion purulente au début, devenue séreuse, est indienne de gonocoque mais demeure assez abondante.

Cette métrite, s'est montrée rebelle au traitement, mais a cependant été notablement améliorée.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 23

Nom : M... (Dadija Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	18-6-34	O	S.P	G	+1/4 cc		
2	20-6-34	O	S.P	G	+1/2 cc		
3	23-6-34	O	S.P	G		+1. cc	
4	27-6-34	O	S	O?	-	+1 cc	+
5	29-6-34	U	P	G		+1 cc	++
6	2-7-34	O	O	O		+1 cc	+++

Gpérison en 6 injections.

Ulcération: néant.

Sécrétion tarie.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques entre 38° et 38°5, jamais au-dessus.

OBSERVATION N° 24

Nom : M... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	23-6-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
2	26-6-34	O	S.P	O	+1/2 cc		+
3	29-6-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	2-7-34	O	S	O	+1 cc		++
5	5-7-34	O	S	O	+1 cc		++
6	8-7-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 piqûres.

Ulcération: O.

Sécrétion: O.

Gonocoques: Prélèvement négatif.

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

OBSERVATION N° 25

Nom : M... (Zorah Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique avec ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	26-6-34	U	S.P	G		+1/4 cc	
2	29-6-34	U	S.P	G		+1/2 cc	
3	2-7-34	U	S.P	G		+1 cc	
	5-7-34	Pas de traitement. Règles.					
4	11-7-34	U	S.P	G		+1 cc	
5	14-7-34	E	S	O		+1 cc	+
6	17-7-34	E	S	O		+1 cc	++
7	20-7-34	E	O	O		+1 cc	++
8	23-7-34	E?	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 8 piqûres.

L'ulcération a fait place à une érosion presque complètement cicatrisée.

Pas de sécrétion.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoques.

Réactions thermiques à chaque injection, de 38°5 à 39°. Le 26-6-34 réaction à 39°5.

OBSERVATION N° 26

Nom : A... (Zahia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	3-6-34	O	P	G?		+1/4 cc	
2	6-6-34	O	P	O		+1/2 cc	
3	9-6-34	O	S.P	O		+1 cc	+
4	12-6-34	O	S.P	O		+1 cc	+
5	15-6-34	O	S.P	O		+1 cc	+
	18-6-34	Pas de traitement. Règles.					
6	26-6-34	O	S	O		+1 cc	++
7	29-6-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Pas d'ulcération.

Sécrétion tarie.

Pas de gonocoques.. (Malade traitée antérieurement au dispensaire pour vaginite blennorragique.)

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

OBSERVATION N° 27

Nom : C... (Simy), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	5-7-34	U	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	8-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	11-7-34	U	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
4	14-7-34	U	S.P	G	+1/2 cc	+1 cc	+
	17-7-34	Pas de traitement. Règles.					
5	25-7-34	U	S.P	G?		+1 cc	+
6	28-7-34	E	S	O		+1 cc	++
7	1-8-34	E	S	O		+1 cc	++
8	4-8-34	E	S	O		+1 cc	++
9	7-8-34	E	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 9 injections.

Légère érosion du col, en bonne voie de cicatrisation.

Sécrétion: néant.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques à chaque injection entre 38°5 et 39°5.

OBSERVATION N° 28

Nom : A... (Tara Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	8-7-34	E	S.P	O		+1/4 cc	
2	11-7-34	E	S.P	O		+1 cc	
3	14-7-34	E	S.P	O		+1 cc	+
4	17-7-34	E	S	O		+1 cc	+
	20-7-34	Pas de traitement. Règles.					
5	26-7-34	E	S	O		+1 cc	+
6	29-7-34	O	S	O		+1 cc	++
7	1-8-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Malade soignée antérieurement au dispensaire pour annexite bilatérale, vraisemblablement gonococcique.

Erosion guérie.

Sécrétion tarie.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoques.

Pas de réactions thermiques au-dessus de 37°8.

OBSERVATION N° 29

Nom : O... (Zorah), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	8-7-34	E	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	11-7-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	14-7-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
4	17-7-34	E	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
5	20-7-34	E	S	G?		+1 cc	+
6	23-7-34	E	S	O		+1 cc	++
7	26-7-34	O?	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Erosion en bonne voie de cicatrisation.

Sécrétion: néant.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques après chaque traitement entre 38°5 et 39°5.

OBSERVATION N° 30

Nom : H... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération ni érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Número	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	8-7-34	O	S.P	O?	+1/4 cc		
	11-7-34	Pas de traitement. Règles.					
2	17-7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		
3	20-7-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	23-7-34	O	S	O	+1 cc		++
5	26-7-34	O	S	O	+1 cc		++
6	29-7-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 injections.

Ulcération ou érosion: néant.

La sécrétion a complètement disparue.

Le prélèvement a toujours été négatif, mais la malade a déjà été soignée au dispensaire pour blennorragie aiguë.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 31

Nom : B... (Achouma Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-7-34	O	S.P	O?		+1/4 cc	
2	14-7-34	O	S.P	O		+1/2 cc	
3	17-7-34	O	S.P	O		+1 cc	+
4	20-7-34	O	S	O		+1 cc	++
5	23-7-34	O	S	O		+1 cc	++
6	26-7-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 6 piqûres.

Ulcération: néant.

Sécrétion complètement tarie.

Prélèvement négatif (malade déjà soignée pour blennorragie).

Pas de réactions thermiques au-dessus de 38°.

OBSERVATION N° 32

Nom : L... (Fatima Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-7-34	O	P	G		+1/4 cc	
2	14-7-34	O	P	G		+1/2 cc	
	17-7-34	Pas de traitement. Règles.					
3	26-7-34	O	S.P	G		+1 cc	+
4	29-7-34	O	S.P	G		+1 cc	+
5	2-8-34	O	S	O?		+1 cc	++
6	5-8-34	O	S	O		+1 cc	++
7	8-8-34	O	S	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Ulcération: néant.

Il subsiste un très léger suintement séreux.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoques.

Réactions thermiques légères au-dessous de 38°5.

OBSERVATION N° 33

Nom : A... (Messoda), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-7-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
	14-7-34	Pas	de traitement.	Règles.			
2	23-7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		
3	26-7-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	29-7-34	O	S	O	+1 cc		++
5	2-8-34	O	S	O	+1 cc 1/2		++
6	5-8-34	O	O	O	+1 cc 1/2		+++

Guérie en 6 piqûres.

Sécrétion complètement disparue.

Pas d'ulcération.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques entre 38°5 et 39°, après chaque injection.

OBSERVATION N° 34

Nom : A... (Dami Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique sans ulcération du col. Bartholinite aiguë.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Número	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	20-7-34	O	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	23-7-34	O	P	G	+1 cc	+1/2 cc	
4	26-7-34	O	S.P	G	+1 cc	+1/2 cc	+
5	29-7-34	O	S.P	G?	+1 cc	+1/2 cc	+
6	2-8-34	O	S	O	+1 cc	+1/2 cc	++
	5-8-34	Pas de traitement. Règles.					
7	13-8-34	O	S	O	+1 cc	+1/2 cc	+++

Guérie en 7 piqûres.

Il persiste un suintement séreux minime, indemne de gonococcus.

Ulcération: néant.

Réactions fébriles au-dessous de 38°; sauf les 16-7-34 et 17-7-34 (deux premiers jours d'hospitalisation). Le 18-7-34 l'incision est faite, la fièvre tombe à 37°7 et ne dépassera jamais plus ce chiffre par la suite.

N. B. — La bartholinite a guéri très rapidement, après cette légère incision.

OBSERVATION N° 35

Nom : M... (Djemaa), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite blennorragique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	S.P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	20-7-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	23-7-34	O	S.P	G		+1 cc	
4	26-7-34	O	S.P	G		+1 cc	
5	29-7-34	O	S.P	O?		+1 cc	+
6	2-8-34	O	S	G?		+1 cc	++
	5-8-34	Pas de traitement. Règles.					
7	13-8-34	O	S	O		+1 cc	++
8	16-8-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 8 piqûres.

Ulcération du col: néant.

Sécrétion tarie et indemne de gonocoques.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 36

Nom : K... (Rhadidja Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	P	G?	+1/4 cc		
2	20-7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		+
3	23-7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		+
4	26-7-34	O	S	O	+1 cc		++
5	29-7-34	O	S	O	+1 cc		++
6	2-8-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 piqûres.

Ulcération: néant.

Sécrétion: néant.

Prélèvement négatif.

Réactions fébriles au-dessous de 38°5.

OBSERVATION. N° 37

Nom : Abd... (R'Kia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT. (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
2	20-7-34	O	S.P	G?	+1/2 cc		+
3	23-7-34	O	S	O	+1 cc		++
	26-7-34	Pas de traitement. Règles.					
4	2-8-34	O	S	O	+1 cc		++
5	5-8-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 5 piqûres.

Rien de spécial à signaler. Ulcération: néant; sécrétion tarie; prélèvement: négatif.

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

OBSERVATION N° 38

Nom ; L... (Aïcha Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	20-7-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
3	23-7-34	O	S.P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	+
4	26-7-34	O	S.P	G?	+1 cc	+1/2 cc	++
5	29-7-34	O	S	G?	+1 cc	+1/2 cc	+++
6	2-8-34	O	S	O	+1 cc	+1/2 cc	+++
7	5-8-34	O	S	O	+1 cc	+1/2 cc	++++

Guérie en 7 piqûres.

Ulcération: néant.

La sécrétion a fait place à un suintement très léger.

Prélèvement négatif

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

N. B. — A chaque séance, il a été fait deux injections; l'une dans la muqueuse vaginale, l'autre dans la muqueuse cervicale: la dose maxima de 1 cc. 1/2 a été atteinte, dans les quatre dernières injections.

OBSERVATION N° 39

Nom : A... (Mames Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	20-7-34	U	P	G		+1/2 cc	
3	23-7-34	U	P	G		+1 cc	
4	26-7-34	U	S.P	G		+1 cc	+
5	29-7-34	U	S.P	G		+1 cc	+
	2-8-34	Pas de traitement. Règles.					
6	11-8-34	U	S.P	G		+1 cc	+
7	14-8-34	U	S	G?		+1 cc	+
8	17-8-34	E	S	O		+1 cc	++
9	20-8-34	E	S	O		+1 cc	++
10	23-8-34	E	S?	O		+1 cc	+++

Guérie en 10 injections.

Il persiste une très légère érosion du col en bonne voie de cicatrisation.

La sécrétion peut être, cliniquement, considérée comme guérie, malgré un suintement minime, au niveau du col, après expression de celui-ci, entre les valves du speculum.

Prélèvement négatif au point de vue gonocoques

Réactions fébriles au-dessous de 38°5.

OBSERVATION N° 40

Nom : A... (Tamo Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	17-7-34	O	S.P	O?	+1/4 cc		
2	20-7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		
3	23-7-34	O	S.P	O	+1 cc		+
	26-7-34	Pas de traitement. Règles.					
4	2-8-34	O	S	O	+1 cc		++
5	5-8-34	O	S	O	+1 cc		++
6	8-8-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 injections.

Ulcération: néant.

La sécrétion a complètement disparu.

Examen bactériologique négatif, depuis le début du traitement. La malade a cependant été soignée antérieurement (ainsi que l'attestent les registres du dispensaire) pour blennorragie, compliquée d'arthrite ankylosante du genou.

Réactions thermiques entre 39° et 39°5, après chaque traitement.

OBSERVATION N° 41

Nom : Z... (Zohra), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	7-8-34	U	P	G		+1/4 cc	
2	10-8-34	U	P	G		+1/2 cc	
3	13-8-34	U	S.P	G		+1 cc	
4	16-8-34	U	S.P	G		+1 cc	
5	19-8-34	U	S.P	G		+1 cc	+
	23-8-34	Pas de traitement. Règles.					
6	29-8-34	E	S.P	G		+1 cc	+
7	2-9-34	E	S	O		+1 cc	+
8	5-9-34	E	S	O		+1 cc	++
9	8-9-34	E	S?	O		+1 cc	++
10	11-9-34	E?	O	O		+ cc	+++

Guérie en 10 injections.

Il reste une érosion très légère du col en bonne voie de cicatrisation.

Sécrétion tarie.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques entre 38°5 et 39°, après les quatre premières injections.

OBSERVATION N° 42

Nom : M... (Aïcha Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	23-7-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
2	26/7-34	O	S.P	O	+1/2 cc		
3	29-7-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	1-8-34	O	S	O	+1 cc		++
5	4-8-34	O	S	O	+1 cc		++
6	7-8-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 piqûres.

Pas d'ulcération.

Plus de sécrétion.

Prélèvement négatif.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 43

Nom : A... (Aïcha Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Mérite gonococcique sans ulcération du col. Arthrite blennorragique du genou.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	23-7-34	O	P	G	+1/4 cc		
2	26-7-34	O	P	G	+1/2 cc		
	29-7-34	Pas de traitement. Règles.					
3	6-8-34	O	S.P	G	+1 cc		+
4	9-8-34	O	S.P	G	+1 cc		+
5	12-8-34	O	S	G?	+1 cc		++
6	15-8-34	O	S	O	+1 cc		++
7	18-8-34	O	S	O	+1 cc		+++

Guérie en 7 injections.

Ulcération: néant.

Il reste au niveau du col, un suintement séreux minime, indolore de gonocoques.

Les symptômes articulaires, quoique n'ayant pas disparu complètement, se sont notablement améliorés.

Réactions fébriles variant entre 39°5 et 40°, les premiers jours. Par la suite elles se sont montrées décroissantes et n'ont plus dépassé 38° ou 38°5.

OBSERVATION N° 44

Nom : R... D..., fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	31-7-34	E	P	G	+1/4 cc	+1/4 cc	
2	3-8-34	E	P	G	+1/2 cc	+1/2 cc	
3	6-8-34	E	P	G	+1 cc	+1/2 cc	
4	9-8-34	E	S.P	G	+1 cc	+1/2 cc	+
	12-8-34	Pas de traitement. Règles.					
5	19-8-34	E	S.P	G	+1 cc	+1/2 cc	+
6	22-8-34	E	S.P	G?	+1 cc	+1/2 cc	+
7	25-8-34	O?	S	O	+1 cc	+1/2 cc	++
8	28-8-34	O	S	O	+1 cc	+1/2 cc	++
9	2-9-34	O	S?	O	+1 cc	+1/2 cc	+++

Guérie en 9 piqûres.

Erosion cicatrisée.

Il persiste une très légère sécrétion séreuse, dont l'examen bactériologique est négatif au point de vue gonocoques.

Pas de réactions fébriles.

OBSERVATION N° 45

Nom : A... D..., fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique sans ulcération du col.

TABLEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	31-7-34	O	P	G?	+1/4 cc		
2	3-8-34	O	P	O	+1/2 cc		
3	6-8-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	9-8-34	O	S.P	O	+1 cc		+
5	12-8-34	O	S.P	O	+1 cc		+
6	15-8-34	O	S.P	O	+1 cc		++
	18-8-34	Pas de traitement. Règles.					
7	26-8-34	O	S	O	+1 cc		++
8	29-8-34	O	S?	O	+ cc		+++

Guérison au bout de 8 piqûres.

Pas d'ulcération.

Sécrétion tarie, presque complètement.

Prélèvement négatif.

Réactions fébriles n'ayant jamais dépassé 38°5.

OBSERVATION N° 46

Nom : R... H..., fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	4-8-34	O	S.P	G?	+1/4 cc		
2	7-8-34	O	S.P	O	+1/2 cc		+
3	10-8-34	O	S.P	O	+1 cc		+
4	13-8-34	O	S	O	+1 cc		++
5	16-8-34	O	S	O	+1 cc		++
6	19-8-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 piqûres.

Ulcération: néant.

La sécrétion a complètement disparue.

Prélèvement négatif.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 47

Nom : M... (Hemo Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec légère érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	7-8-34	E	S.P	G?		+1/4 cc	
2	11-8-34	E	S.P	O		+1/2 cc	
3	14-8-34	E	S.P	O		+1 cc	
4	17-8-34	E	S.P	O		+1 cc	+
	20-8-34	Pas de traitement. Règles.					
5	26-8-34	E?	S	O		+1 cc	++
6	29-8-34	O	S	O		+1 cc	++
7	2-9-34	O	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 7 injections.

Erosion cicatrisée.

Sécrétion tarie.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques au-dessous de 38°5.

OBSERVATION N° 48

Nom : A... (Haddia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite blennorragique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-8-34	O	P	G		+1/4 cc	
2	14-8-34	O	S.P	G		+1/2 cc	
3	17-8-34	O	S.P	G		+1 cc	
4	20-8-34	O	S.P	G		+1 cc	+
5	23-8-34	O	S	O?		+1 cc	++
6	26-8-34	O	S	O		+1 cc	+++

Guérie en 6 piqûres.

Pas d'ulcération.

Il reste une très légère sécrétion séreuse, dont l'examen bactériologique est négatif.

Pas de réactions thermiques.

OBSERVATION N° 49

Nom : A... (R'Kia Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	11-8-34	O	P	G	+1/4 cc		
2	14-8-34	O	P	G	+1/2 cc		
	17-8-34	Pas de traitement. Règles.					
3	26-8-34	O	S.P	G	+1 cc		+
4	29-8-34	O	S.P	G	+1 cc		+
5	2-9-34	O	S	O	+1 cc		++
6	5-9-34	O	O	O	+1 cc		+++

Guérie en 6 piqûres.

Pas d'ulcération.

La sécrétion a complètement disparue.

Prélèvement négatif.

Réactions thermiques après chaque injection entre 38°5 et 39°.

OBSERVATION N° 50

Nom : O... (Aïcha Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion du col.

TABEAU DU TRAITEMENT (Uro-Vaccin) « Virultra »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection vaginale	Injection cervicale	Amélioration
1	4-8-34	E	P	G		+1/4 cc	
2	7-8-34	E	P	G		+1/2 cc	
3	10-8-34	E	S.P	G		+1 cc	
	13-8-34		Pas de traitement. Règles.				
4	20-8-34	E	S.P	G		+1 cc	+
5	23-8-34	E	S.P	G		+1 cc	+
6	26-8-34	E	S	G?		+1 cc	++
7	29-8-34	E	S?	O		+1 cc	++
8	2-9-34	E?	O	O		+1 cc	+++

Guérie en 8 piqûres.

L'érosion minime qui persiste, est en bonne voie de cicatrisation et peut être, cliniquement, considérée comme guérie.

Sécrétion: néant.

Le prélèvement au niveau du sol est négatif.

Réactions thermiques au-dessous de 38°.

QUELQUES-UNES DE NOS OBSERVATIONS

TRAITÉES PAR

SHOCK THERAPEUTIQUE

INJECTION INTRA-VEINEUSE DE 2/10 DE CC³

DE « PROPIDON »

OBSERVATION N° 1

Nom : M... (Mames Bent Ali Ben), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique sans ulcération du col.

TRAITEMENT PAR SHOCK AU « PROPIDON »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection intra-veineuse	Amélioration
1	4-8-34	O	P	G	2/10 cc	
2	7-8-34	O	P	G	2/10 cc	
3	10-8-34	O	P	G	2/10 cc	
4	13-8-34	O	P	G	2/10 cc	
	16-8-34	Pas de traitement. Règles.				
5	23-8-34	O	S.P	G	2/10 cc	
6	29-8-34	O	P	G	2/10 cc	
7	2-9-34	O	S.P	G	2/10 cc	O

Pas d'amélioration. Traitement interrompu.

Réactions fébriles à 40° et plus, après chaque séance.

OBSERVATION N° 2

Nom : A... (Aziza Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite chronique gonococcique, sans ulcération, avec annexite.

TRAITEMENT PAR SHOCK AU « PROPIDON »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection intra-veineuse	Amélioration
1	7-8-34	O	P	G?	2/10 cc	
2	10-8-34	O	P	O	2/10 cc	
3	13-8-34	O	P	O	2/10 cc	
4	16-8-34	O	P	O	2/10 cc	
5	19-8-34	O	P	O	2/10 cc	
6	22-8-34	O	P	O	2/10 cc	
7	25-8-34	O	P	O	2/10 cc	

Pas d'amélioration (traitement interrompu)

Sécrétion non modifiée

Réactions thermiques à 40° après chaque injection.

OBSERVATION N° 3

Nom : A... (Embarka Bent), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TRAITEMENT PAR SHOCK AU « PROPIDON »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection intra-veineuse	Amélioration
Réactions thermiques à 40°, après chaque injection.						
1	1-8-34	U	S.P	G?	2/10 cc	
2	4-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	
3	7-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	
	10-8-34	Pas de traitement. Règles.				
4	16-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	
5	19-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	
6	22-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	
7	25-8-34	U	S.P	O	2/10 cc	

Pas de modifications.

Traitement interrompu.

Réactions fébriles à 40°, après chaque injection.

OBSERVATION N° 4

Nom : L... (Fatima Bent M... Ben), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec ulcération du col.

TRAITEMENT PAR SHOCK AU « PROPIDON »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection intra-veineuse	Amélioration
1	4-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
2	7-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
3	10-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
4	13-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
	16-8-34	Pas de traitement. Règles.				
5	22-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
6	25-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
7	28-8-34	U	S.P	G	2/10 cc	
8	1-9-34	U	S.P	G	2/10 cc	

Pas d'amélioration. Traitement interrompu.

Réactions thermiques à 40° après chaque injection.

OBSERVATION N° 5

Nom : S... (Zaïna Bent Saïd Ben), fille soumise.

Diagnostic clinique :

Métrite gonococcique avec érosion du col.

TRAITEMENT PAR SHOCK AU « PROPIDON »

Numéro	Date de l'injection	Aspect du col	Aspect de la sécrétion	Examen bactériologique	Injection intra-veineuse	Amélioration
1	7-8-34	E	P	G?	2/10 cc	
2	10-8-34	E	P	O	2/10 cc	
3	13-8-34	E	P	O	2/10 cc	
4	16-8-34	E	P	O	2/10 cc	
5	19-8-34	E	P	O	2/10 cc	
	22-8-34	Pas de traitement. Règles.				
6	29-8-34	E	P	O	2/10 cc	
7	2-9-31	E	P	O	2/10 cc	

Pas d'amélioration.

Traitement interrompu.

Réactions thermiques à 40° après chaque piqûre.

CONCLUSIONS

I. — La vaccination régionale par la porte d'entrée selon le procédé de BASSET et POINCLOUX est une méthode originale, entièrement distincte de la vaccination par la voie sous-cutanée ou de la vaccination locale, selon la méthode de BESREDKA.

II. — Pour être opérante, il est nécessaire que le vaccin soit injecté dans le « tissu sensible » ayant servi de porte d'entrée.

III. — Les réactions post-vaccinales, parfois violentes, ne sont pas indispensables pour obtenir un bon résultat thérapeutique.

IV. — L'emploi d'un vaccin spécifique monomicrobien ne paraît pas absolument nécessaire pour enregistrer un effet curatif.

V. — Dans le traitement spécial des métrites blennorragiques, le vaccin polymicrobien « Virultra » contenant 60 % de gonocoques, nous a donné de très bons résultats.

VI. — Le gonocoque n'est pas toujours dépisté par le microscopé, dans les sécrétions utérines.

La vaccination doit être néanmoins pratiquée, si l'enquête clinique laisse soupçonner l'infection blennorragique et — dans tous les cas — dans le traitement des femmes marocaines métritiques.

VII. — La vaccination régionale par la porte d'entrée n'agit pas par « shock » et une injection vaccinale, faite selon une technique rigoureuse n'est en rien assimilable à une injection intra-veineuse.

VIII. — La méthode de BASSET et POINCLOUX agit beaucoup mieux dans les métrites aiguës ou subaiguës que dans les métrites chroniques.

IX. — La pratique de l'injection est extrêmement simple, elle peut être opérée par le médecin praticien sans le secours d'un matériel spécial.

X. — Le nombre d'injections à employer pour obtenir un bon résultat est de six à dix, en moyenne ; elles sont pratiquées à intervalles variables.

XI. — Dans les cas où la guérison est insuffisante, on devra compléter le traitement par les cautérisations au crayon de Néo-Filhos, appliquées selon la technique précisée par POINCLOUX.

XII. — Aucune réaction salpingienne grave n'est à redouter si les cautérisations au Néo-Filhos ont été précédées de la « vaccination régionale par la porte d'entrée ».

XIII. — La guérison a demandé environ 20 à 25 jours pour être obtenue, dans les cas traités par nous (injection tous les trois jours).

XIV. — Les résultats ont été bons chez nos malades dans 80 à 85 % des cas.

XV. — La méthode, appliquée au traitement des prostituées métritiques marocaines hospitalisées, présente un double avantage :

- a) Elle les rend très rapidement inoffensives ;
 - b) Elle permet une économie importante sur le chapitre budgétaire municipal « frais d'hospitalisation », en abrégant notablement leur séjour au dispensaire.
-

XVI. — La méthode de BASSET-POINCLoux possède une supériorité indiscutable sur tous les autres procédés de traitement des métrites gonococciques connus jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- POINCLOUX. — Nouvelle méthode d'immunisation curative. La vaccination régionale (*C. R. de la Société de Biologie*, 23 juin 1928).
- POINCLOUX et WEISMANN. — La vaccination régionale, son application au traitement des métrites. (*C. R. de la Société de Biologie*, 30 juin 1928).
- POINCLOUX. — La vaccination régionale. Application diverses. (*C. R. de la Société de Biologie*, 7 juillet 1928).
- BASSET et POINCLOUX. — Méthode nouvelle d'immunisation curative. La vaccination régionale (*Gynécologie et Ostétrique*, tome XVIII, numéro 4, octobre 1928).
- POINCLOUX. — Méthode nouvelle d'immunisation curative. La vaccination régionale par « la porte d'entrée ». (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 avril 1929).
- DOUALAS. — Traitement de la blennorrhagie chronique par la méthode Poincloux. (*Archives de Médecine et Pharmacie navales*, avril-mai-juin 1929, n° 2, t. 118).
- BASSET et POINCLOUX. — La vaccination par la « porte d'entrée »; son application au traitement des salpingites (*Presse Médicale*, 22 mars 1930).

(1) La bibliographie que nous publions ne saurait être considérée comme complète. Elle n'indique que les travaux que nous sommes arrivé à nous procurer.

Certaines publications n'ont pu nous être fournies en dépit de tous nos efforts et, à Mogador, nous n'avions pas à notre disposition la vaste bibliothèque d'une Faculté. Nous croyons cependant qu'elle comprend l'essentiel de la question.

POINCLoux. — Conférence faite en juin 1929 à l'Hôpital Neker (Enfants malades). Vaccination régionale par la « porte d'entrée ». Généralités. Présentation de malades. Démonstrations pratiques. (*Revue Médicale Française*, mai 1930).

D. BLANCHIER. — La vaccination par la « porte d'entrée ». (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1930, t. XVIII 21 Cahier).

POINCLoux. — La vaccination par la « porte d'entrée ». (*Paris-Médical*, 20 décembre 1930).

CRAINICIANU et PAVELESCU (Bucarest). — Contribution à l'étude du traitement des métro-annexites par la vaccination régionale (Méthode Basset-Poincloux). *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1931).

DE SEZE. — La vaccination par la porte d'entrée. (*Progrès Médical*, 17 novembre 1931).

ARLOING. — La vaccination par la « porte d'entrée » dans l'infection colibacillaire (*Thèse-Paris*, novembre 1931)

DELREZ et LAMBERT (Clinique Chirurgicale de Liège). — Vaccination régionale par la porte d'entrée (Méthode de Basset et Poincloux) (*Presse Médicale*, 27 juillet 1932).

POINCLoux. — Vaccination régionale par la « porte d'entrée ». Traitement des arthrites gonococciques (*L'Hôpital*, mai 1933, numéro 335).

POINCLoux. — Traitement des Bartholinites (*L'Hôpital*, mars 1934, n° 354).

POINCLoux. — Traitement des Annexites (*L'Hôpital*, n° 362-363, juillet 1934).

POINCLoux. — Traitement des Métrites (*L'Hôpital*, n° 356, année 1934).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

